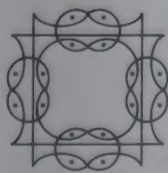
# गर्भधारण की रचना

## भारत में सतांनोपत्ति में सहायक तकनीकों की रूपरेखा

समा-महिला और स्वास्थ्य के लिए संदर्भ समूह

# गर्भधारण की रचना

## भारत में सतांनोपत्ति में सहायक तकनीकों की रूपरेखा

सभा-महिला और स्वास्थ्य के लिए संदर्भ समूह

इस रिपोर्ट में दी गई जानकारी सूचना जनहित में प्रचार–प्रसार हेतु है। इसे कोई भी समा प्रति आभार व्यक्त करते हुए इस्तेमाल कर सकता है।

प्रथम हिन्दी प्रकाशन : 2010

प्रकाशकः समा– महिला और स्वास्थ्य के लिए संदर्भ समूह
बी–45, दूसरी मंजिल, मैनरोड शिवालिक, मालवीय नगर
नई दिल्ली–110017
दूरभाषः 011–65637632,26692730
ई–मेल– sama.womenshealth@gmail.com
sama.genderhealth@gmail.com

सहयोग : इन्टरनेशनल डेवलेपमेन्ट रिसर्च सेन्टर (IDRC), रिजिनल ऑफिस फॉर साऊथ एशिया एण्ड चाइना ( एसएआरओ) 208, ज़ोर बाग, नई दिल्ली–110003
दूरभाषः 011–24619411
www.idrc.ca

आवरण : रंजन डे

हिन्दी अनुवादः डा॰ राहुल शर्मा

मुद्रकः इम्पल्सिव क्रिएशन्स
8455,सेक्टर सी, पॉकेट 8,
वसंत कुंज, नई दिल्ली–110070

WH-105
12790

## रिसर्च टीम

शोध का सम्पूर्ण समन्यवयन : एन. सरोजिनी

राज्य स्तरीय समन्यवयनः प्रीती नायक, अंजली शेनाय, दीपा वेंकटाचलम, और आस्था शर्मा

क्षेत्रीय शोध सहायकः सुशीला डी. सिंह, एन. श्रीलक्ष्मी, सलाइ सेल्वम और तृप्तीमयी राउत

समीक्षा और पुनर्लेखन : वृन्दा मारवाह

विषय वस्तु और अध्यायों में क्रमबद्वता : मन्जीर मुखर्जी (सलाहकार)

डेटा एन्ट्री : बीनू रावत

## आमुख :

सबसे पहले हम तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश और उड़ीसा से शोध से जुड़ी सभी महिलाओं और पुरुष को धन्यवाद देना चाहेगें जिन्होंने एआरटी तकनीकियों के उपयोग के बारें में अपने अनुभव हमारे साथ बांटें। यह रिर्पोट उन के लिए समर्पित है। हम आशा करते है कि उनकी आवाज और विचारों को हम इस रिर्पोट में भली–भांति दर्शा पाये है।

साथ ही, हम सभी तीनों राज्यों के एआरटी क्लीनिकों के डाक्टरों को धन्यवाद करते हैं जिन्होंने अपना कीमती समय देकर इस शोध में अपना विशेष योगदान दिया। तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश और उड़ीसा में शोध के दौरान जानकारी देने वाले अन्य महत्वपूर्ण लोगों के भी हम आभारी हैं।

हमारी सलाहकार समूह के डा॰ अमर जेसानी, डा॰ अमित सेन गुप्ता, प्रो. अनीता घई, डा॰ इमराना कदीर, प्रो. मोहन राव, प्रो. पदमिनी स्वामीनाथन, सुश्री राजश्री दासगुप्ता, सुश्री संध्या श्रीनीवासन, डा॰ संजीब मुखर्जी और डा॰ विनीता बाल के बहुत शुक्रगुजार हैं, जिनके विचार, सुझाव और प्रोत्साहन से ही हम इस शोध को आकार प्रदान कर पाये।

परियोजना प्रस्ताव में सुझाव देने के लिए प्रो. अमीता धाण्डा, एडवोकेट संगीता उदगाओंकर और रुपशा मलिक को हम धन्यवाद करते हैं।

हम आईडीआरसी के तकनीकी और प्रबंधन से जुड़े कार्यकर्ताओं का धन्यवाद करते हैं। विशेष रुप से आईडीआरसी की सीनियर प्रोग्राम ऑफिसर डा॰ नवशरण

सिंह और निदेशक डा॰ स्टीफन मकगर्क, जिनके सहयोग और प्रोत्साहन के बिना यह शोध संभव नहीं था। साथ ही इस मुद्दे से जुड़े समा के कार्य को और मज़बूती मिली।

हम इन सभी व्यक्तियों और संस्थाएं जन स्वास्थ्य अभियान, अस्तित्व समाजिक संस्था, बाबा रामकरन दास ग्रामीण विकास समिति, एसआरईडी , ईकेटीए., डब्लूईडी ट्रस्ट, पीएसीएचई, एसडब्लूईईडी कुडू फेमिनिस्ट ग्रुप, और इबतीदा नेटवर्क के बहुत अभारी हैं, जिन्होंने स्थानीय स्तर पर समुदाय के साथ बातचीत करने में हमें सहयोग दिया।

ड्राफ्ट रिर्पोट के सावधानी पूर्वक समीक्षा, सुझावों एवं मार्गदर्शन के लिए हम प्रो. पदमिनी स्वामीनाथन के अत्यंत आभारी हैं।

हम डा॰ रमिला बिष्ट को धन्यवाद करते हैं जिन्होंने बहुत कम समय में इस रिर्पोट के दो अध्यायों का गहराई से रिव्यू और समालोचन किया। साथ ही हम डा॰ अतुल सूद को एआरटी के आर्थिक राजनीति से जुड़े पहलुओं के विश्लेषण और सुझाव, और मुख्य रुप से एआरटी तकनीकी जानकारी के लिए डा॰ रानी बांग के भी आभारी हैं।

डा॰ अमित सेन गुप्ता के योगदान के लिए ही नही बल्कि उनके निरंतर सहयोग के लिए भी हम अभार व्यक्त करते हैं।

नीतिगत मुद्दे एवं नियंत्रण से जुड़े पहलुओं पर बहस पर सहयोग के लिए हम डा॰ सईदा हामीद (योजना आयोग), डा॰ मालिनी भट्टाचार्य (महिला आयोग, पश्चिम बंगाल), डा॰ जयलक्ष्मी (भूतपूर्व मुख्य निदेशक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय) और डा॰ आर.एस. शर्मा (भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद्) का धन्यवाद करते हैं।

शोध के दौरान पठन सामग्री उपलब्ध कराने के लिए डा॰ आर्ली होकशिल्ड और सारा गैरेट, एवं समा के कार्य में सहयोग के लिए सारा सेक्सटन का धन्यवाद करते है। प्रो. बेट्सी हार्टमैन, जूडी नॉरसिजियन, प्रो. श्री मुलै, प्रो. रमा बारु, डा॰ रेनाटे क्लेइन और डा॰ रिचर्ड कैश ने इस शोध से निकले तथ्यों को अन्य लोगों तक पहुँचाने तथा वितरण में सहयोग दिया, इसके लिए उनका धन्यवाद। अपने काम के अनुभव बांटने के लिए केरी प्वाईंट्स के भी आभारी है।

डा॰ रिन्जू रसैली का शोध से जुड़े साक्षात्कारों का शुरुआती रिव्यू और सम्बंधित पठन सामग्रियों के रिव्यू के लिए रेनुका मुकादम का धन्यवाद करते हैं।

शोध के प्रारंभिक सहयोग के लिए हम धाराश्री दास, आंचल वर्मा, पल्लवी गुप्ता और शिल्पा जायसवाल का धन्यवाद करते हैं।

बहुत ही कम समय में इस रिर्पोट के ध्यानपूर्वक सम्पादन के लिए, मालिनी सूद के विशेष आभारी हैं। रिर्पोट के तीन अध्यायों के सम्पादन के लिए अमृता मुदुकाल्या का धन्यवाद करते है।

शोध के डेटा एन्ट्री में सहयोग करने के लिए भावना रावत, प्रशासनिक सहयोग के लिए एन्टोनी कुरीयन और आशोक यादव के वित्तीय प्रबंधन के लिए आभार व्यक्त करते हैं।

सक्षात्कारों के अनुवाद में सहायता के लिए (स्वर्गीय) श्री दुर्गा चरण कुअँर, डा॰ बी.बी. नायक, सरोजिनी वेंकटाचलम और बृन्दा प्रियदर्शिनी का धन्यवाद करते हैं।

समा द्वारा आयोजित परामर्श गोष्ठी, समूह चर्चा और कार्यशालाओं में भागलेने और अपने विचार बाँटने वाले सभी लोगों का धन्यवाद।

# परिचय : संदर्भ का प्रस्तुतिकरण

यद्यपि सामान्य तौर पर यह देखा जाता है कि संतानोत्पत्ति में सहायक तकनीकियां (असिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नोलजी – एआरटी[1]) हाल ही में विकसित हुई हैं लेकिन कृत्रिम गर्भाधान (बिना सहवास के) बीसवीं सदी के मध्य से ही सामान्यतः प्रचलन में है। कृत्रिम गर्भाधान का पहला उदाहरण तो हमें बहुत ही पहले यानि 1785 का मिलता है जिसे कि स्कॉटलैण्ड के शल्य चिकित्सक, जॉन हन्टर (वाइल्डर 2002[2]) ने संपादित किया था। सन् 1866 में इटली के चिकित्सक, मोन्तेगाज़ा ने सोचा कि क्या यह संभव हो सकता है कि जो सैनिक युद्ध क्षेत्र में लड़ने के लिए जाते हैं उनके शुक्राणुओं को पहले से ही बर्फ में सुरक्षित रख लिया जाये और यदि वे युद्ध क्षेत्रों में मारें जाये तो उनकी पत्नियॉ उन सुरक्षित रखे शुक्राणुओं से अपने पतियों की मृत्युपरान्त भी उत्तराधिकारियों को पैदा कर सकें। दान के शुक्राणु द्वारा गर्भाधान (डोनर इन्सेमिनेशन–डीआई) से पहला ज्ञात जन्म 1884 में हुआ जो फिलाडेल्फिया[3] में डॉ. विलियम पैनकॉस्ट ने कराया था। मानवीय शुक्राणु के क्रायोप्रिजर्वेशन की तकनीक ने परिपूर्ण रूप 1950 की शुरूआत में लिया था (वाइल्डर 2002[4])। दुनिया का पहला परखनली शिशु (टेस्टट्यूब बेबी–आईवीएफ) लुई ब्राउन, डॉ. राबर्ट जी. एडवर्डस एवं डॉ. पेट्रिक स्टेप्टो की देखरेख में इंग्लैण्ड के लंकाशायर में ओल्ड हैम नामक जगह पर सन् 1978 में जन्मी थी। सन् 2010 में डॉ. एडवर्डस को इस उपलब्धि के लिए शरीर क्रिया विज्ञान अथवा चिकित्सा विज्ञान के नोबल पुरस्कार से नवाजा गया (वेड, 2010[5])।

लुई ब्राउन के जन्म के मात्र कुछ ही महीनों बाद सन् 1978 में ही कोलकाता में दुर्गा का जन्म हुआ जो कि कोलकाता के ही फर्टीलिटी विशेषज्ञ डॉ. सुभाष मुखर्जी की देखरेख में सम्पन्न हुआ। उस समय यह दावा किया गया कि दुर्गा दुनिया की दूसरी आईवीएफ संतान है, लेकिन इसके संबंध संदर्भों एवं वैज्ञानिक दस्तावेजों की अपर्याप्त उपलब्धता के कारण डॉ. मुखर्जी को इस उपलब्धि का श्रेय नहीं मिल सका (समा, 2006[6])।

लुई ब्राउन के जन्म के छह वर्षों के उपरान्त भारत सरकार ने प्रजनन शोध संस्थान (जो कि अब राष्ट्रीय प्रजनन शोध संस्थान (एनआईआरआर[7]) मुंबई है) में एक आईवीएफ परियोजना की स्थापना की। 6 अगस्त 1986 को भारत की पहली दर्ज आईवीएफ (लड़की) हर्षा का जन्म हुआ जो कि एनआईआरआर तथा किंग एडवर्ड मेमोरियल हॉस्पिटल (केईएम) मुंबई के सम्मिलित प्रयासों का नतीजा थी (आईसीएमआर 2005[8])।

एक युग की शुरूआत जो कि दुनिया के पहले टेस्ट ट्यूब बेबी के जन्म के साथ सन् 1978 में हुई वह सन् 1997 में एक परिपक्व कोशिका से उच्च कशेरूकों की क्लोनिंग के रूप में अपने शिखर पर जा पहुंची तथा वर्तमान में भी यह प्रजनन एवं अनुवांशिक तकनीकों के विकास की बहुमुखी लेकिन विवादास्पद चरण के रूप में तीव्रगामी है।

## भाग-1

ऑक्सफोर्ड अंग्रेजी शब्दकोष में प्रजनन को परिभाषित करते हुए कहा गया है कि यह अस्तित्व के पुनः प्रारंभ होने को आकारित या सृजित करने या बनने की क्रिया या प्रक्रिया है। परीक्षण एवं जांच के स्तरों पर प्रजनन का मसला सामाजिक विज्ञानों में अभी बहुत पिछड़ा हुआ है। ऐसा इसलिए है कि प्रजनन को सिर्फ जैविक प्रक्रिया के तौर पर निरूपित किया जाता है और जानबूझकर एक निजी परिक्षेत्र में निर्वासित कर दिया जाता है। जो कि एक परिवार एवं कुटुंब तक ही सीमित दिखाई देने लगता है।

प्रजनन को सामाजिक सिद्धांतों (राय 2001[9]) में तरजीह मिलने का श्रेय नारीवादी अध्ययनों तथा चिकित्सा मानवशास्त्र के बाद नारीवादी विज्ञान के अध्ययनों[10] को भी दिया जाता है। यह विद्वता एक प्रतिष्ठित यूरो–अमेरिकन धारणा है जो कि मात्र शरीर पर ही नहीं बल्कि अपने सामान्य रूप में विज्ञान पर तथा अपने विशिष्ट रूप में जैव–चिकित्सीय विज्ञान पर लागू होती है। प्रजनन की राजनीति, देह एवं विज्ञान के जन संवादी बनाये जाने की स्पष्टता के पीछे महिला आंदोलनों का भी योगदान है। प्रजनन की प्रक्रिया को जीवन के अपरिवर्तनीय तथ्यों के बतौर ही नहीं देखा जा सकता बल्कि इसे उन तमाम संस्थानों के बतौर भी देखना समझना होगा जो सार्वजनिक–निजी साझेदारी से विर्निमित हैं। अतः हम यह कह सकते है कि वर्तमान समाज में मानव जीवन का कोई भी अन्य क्षेत्र जो कि व्यक्तिगत माना जाता है, इतना राजनैतिक नहीं हुआ जितना कि मानव प्रजनन का क्षेत्र (गुप्ता 200:55[11])।

विविध परिक्षेत्रों से कई प्रकार की अभिरूचियां एआरटी के नैतिक, सामाजिक एवं चिकित्सीय क्रियान्वयन के बारे में आईं हैं जिनमें नारीवादी संगठनों से लेकर धार्मिक समूह तक शामिल हैं। इनके द्वारा उठाये गए प्रश्नों में इन प्रजनन तकनीकों को महिला के शरीर पर उपयोग किये जाने से स्वास्थ्य व लैंगिकता पर प्रभावों तथा इन तकनीकों के विवाह, मातृत्व–पितृत्व तथा बाल्यकाल पर पड़ने वाले प्रभावों से सम्बंध प्रश्न शामिल हैं। जैसा कि मानवविज्ञानी शोरे (1992:295) कहते है:

> *''........इन्होंने न केवल यौनिकता, प्रजनन, लैंगिक संबंधों तथा परिवार से संबंधित समकालीन सामाजिक एवं राजनैतिक संघर्षों के मूल मंतत्यों को स्पष्ट किया है...... । बल्कि इन्होंने मातृत्व, पितृत्व जैविक विरासत, परिवार की पवित्रता तथा स्वयं जन्म की प्राकृतिकता से जुड़े हमारे मूल स्थापित विचारों को भी चुनौतियां दी है।''*[12]

## एआरटी पर नारीवादी बहस का चित्रण

इस भाग में एआरटी पर नारीवादी बहस का उन मुद्दों व विषयों के परिप्रेक्ष्य में परीक्षण किया गया है जो कि केन्द्रीय अवस्था में हैं न कि नारीवादी विचार की विभिन्न श्रेणियों या शिविरों जैसे कि उदार, अतिवादी, समाजवादी, उत्तर संरचनावादी[13] धाराओं से संबन्धित हैं। एआरटी की नारीवादी आलोचनाओं में अक्सर यह समझ होती है कि तकनीकि एक अन्तर्निहित राजनैतिक परिघटना है जो कि पूंजीवाद व पितृसत्तात्मकता के व्यापक ढांचे में अस्तित्वमान सत्तासंबंधों को पुर्नउत्पादित करती है। तकनीकी तथा अनुर्वरता को बाजारवादी अर्थव्यवस्था की सामाजिक–राजनैतिक संरचना के बतौर देखा जाता है जो कि इस तकनीक का उपयोग करने वालों को या तो पेशेन्ट्स (रोगियों) या क्लाइन्ट्स (ग्राहकों) का तमगा देती है। इस प्रकार सर्वप्रथम एआरटी अनुर्वरता का चिकित्सीयकरण करती है तदुपरान्त यह इसको उत्पादन में तब्दील कर देती है।

एआरटी पर संवाद का नारीवादी विश्लेषण ''प्रकृति–संस्कृति विभक्ति'' (ऑरटनर, 1972[14]) के द्विआधारी अक्ष पर प्रतिक्रिया देता है जिसकी परिधि में एआरटी की रचना की जाती है। इस दोहरी प्रतिकूलता को सर्वप्रथम पॉजीटिविज्म (प्रत्यक्षवाद) के द्वारा सुझाया गया था तथा इसमें अन्य प्रतिकूलों की एक श्रेणी भी आलिप्त हुई जैसे कि मन व देह के मध्य; वास्तविक व रहस्यात्मकता के मध्य तथा पुरूष व स्त्री के मध्य है। इस ''कार्टेसियन द्वैतवाद'' के जरिये जो मन है – वह व्यक्तिनिष्ठ है–जो देह से परे खड़ा दिखता है तथा यही विषयनिष्ठ वास्तविकता के रूप में भी प्रत्यक्षीकृत होता है। यही अपने भावार्थ में देह को अवलोकन, समझने, हस्तक्षेप व नियंत्रित करने हेतु उपलब्ध कराता है। ठीक उसी प्रकार जिस प्रकार

कि ''प्रकृति'' एक प्रभाव क्षेत्र को चित्रित करती है जिसके द्वारा मानव स्वतंत्रता (कर्टिस 1995:164[15]) के हित में स्वायतता अवश्य ही विजयी होती है। यह ''प्रकृति'' को अवलोकन व हस्तक्षेप के लिए उपलब्ध कराती है। इस द्वैतवाद में ''पुरूष'' को संस्कृति एवं विवेकपूर्ण विचार के स्रोत के तौर पर देखा जाता है जबकि नारी को ''प्रकृति'' के निकट देखा जाता है इसलिए उसे कुछ सौम्य या शांत[16] समझा जाता है। एआरटी के सम्बन्ध में जो भाषा उपयोग की गई है वह भी महिला शरीर के प्रत्यक्षवादी उपचार की ओर संकेत करती है जो कि भौतिक देह से भावनात्मक दूरी तथा स्त्री के निर्वैयक्तिकरण (डीपर्सोनलाईजेशन) के तौर पर व्यक्त होता है ।

समाजशास्त्री सूसन रान–शेरिदान (1994:15) के शब्दों में:

> ........*गर्भावस्था एवं बच्चे के जन्म देने का प्रबंधन करने वाली तकनीकों को अक्सर इस प्रकार के चिकित्सीय ढांचे में अंतः स्थापित किया जाता है जो कि गर्भवती महिला को रोगी, गर्भावस्था को बीमारी के तौर पर परिभाषित करता है तथा सफलतापूर्वक संतानवहन करने के सामाजिक एवं भावनात्मक पक्षों को कम महत्व का आंकता है जिसमें जन्म देने की महत्वपूर्ण प्रक्रिया में तमाम महिलाएं स्वयं को केवल एक दर्शक–सा महसूस करती हैं[17] ।*

इस सबके अतिरिक्त, मातृत्व की जो पितृसत्तात्मक विचारधारा है वह महिला में संतानोत्पत्ति की इच्छा को जटिल रूप से मूलबद्ध मानती है, इसलिए जैविक मातृत्व की इच्छा को जगाने एवं आकारित करने तथा इन तकनीकों के अनुपालन की ज़रूरत पर ज़ोर दिया जाता है। एआरटी के विकसित होने का श्रेय अक्सर महिला में तथाकथित सर्वव्यापी व मूलभूत ''मातृत्व –वृत्ति'' को दे दिया जाता है। जैसा कि डॉ. स्टेप्टो ने उद्घोषित किया था कि ''यह एक तथ्य है कि संतान पैदा करने की एक जैविक प्रवृत्ति होती है। जो महिलाएँ इस प्रेरण ा को नकारती हैं या जिनमें यह कुंठित हो जाती हैं उनमें यह अन्य प्रकार की समस्यायें उपजाने लगती हैं (स्टेनवर्थ में उल्लेखित, 1987:15[18])। इस प्रकार के प्रचार इन तकनीकों के उभार को न केवल (''महान समृद्धि'' हेतु खासतौर पर स्त्रियों के लिए) न्यायोचित ठहराते है बल्कि उन महिलाओं को भी दोषित करते हैं जो अपनी मर्ज़ी से संतानविहीन हैं।

एआरटी प्रक्रियाओं से सम्बन्ध महत्वपूर्ण खतरों को विशिष्ट तौर पर उभारते हुए नारीवादी यह कहते है कि एआरटी ''हिट –एंड– ट्रायल'' तकनीक हैं जिनमें कि अभी अनुर्वरता के ''उपचार'' से ज्यादा महत्वपूर्ण शोधो की ज़रूरत है। एआरटी से दवा संबंधी एवं प्रक्रियागत स्वास्थ्य समस्यायें व्यापक रूप से जुड़ी होती हैं, एआरटी उपयोग के लिए जिनकी एक मानक प्रोटोकॉल (संलेख[21]) बनाने हेतु निगरानी आवश्यक होती हैं। इसके अलावा लिखित सहमति की प्रक्रिया आवश्यक रूप से

अनुर्वरता की परिभाषा स्वयं में ही समस्याग्रस्त समझी जाती है। अनुवर्रता का चित्रण, न्यायसंगति तथा मानकीकरण के रूप में किया जाता है कि यह एक रोग है जिसमें उपचार की आवश्यकता है। इस हेतु अन्यथा स्वस्थ्य शरीरों पर महंगी तकनीकों का इस्तेमाल एक सामान्य प्रक्रिया समझा जाता है (रेमंन्ड, 1993[19])। एआरटी के ताने–बाने में अनुर्वरता के रोग की मुक्ति हेतु किसी क्रियाविधि को विकसित ही नहीं किया गया है, बल्कि इस मसले को सामान्यतौर पर टाल दिया जाता है। एआरटी भावनात्मक, शारीरिक तथा आर्थिक तौर पर थका देने वाली एवं जोखिम भरी प्रक्रिया होती हैं जिनमें सफलता की कोई ग्यारंटी नहीं होती। अनुर्वरता तथा 'उपचार' के चारों ओर रच दिया गया शब्दाडंबर भाषागत अयथार्थता के संशोधन की तुलना में यहाँ ज्यादा खतरे में हैं, भाषायी त्रुटि अहानिकारक नहीं होती (कास, 1971:1177[20])

स्पष्ट व यथोचित होना अपेक्षित है ताकि महिलाएं इन तकनीकों से जुड़ी सफलता की तथा इनसे स्वास्थ्य पर खतरों की जानकारी प्राप्त कर सकें।

फेमिनिस्ट इन्टरनेशनल नेटवर्क ऑफ रजिस्टेन्स टू रिप्रोडक्टिव एंड जेनेटिक इंजीनियरिंग (FINNRAGE) अर्थात प्रजनन एवं आनुवांशिक इंजीनियरिंग के प्रतिरोध में अंतर्राष्ट्रीय नारीवादी नेटवर्क, इस आधार पर इन तकनीकों का विरोध करता है कि ये अस्तित्वमान सामाजिक असमानताओं को और भी तीव्र करती हैं। इनके अनुसार पितृसत्तात्मक तथा पूंजीवादी मूल्य इन तकनीकों की बनावट, विकास एवं उपयोग से व्यापक तौर पर संलग्न है। एफआईएनआरआरएजीई समूह ने महिलाओं हेतु इन तकनीकों से संबंध संभावित विनाशकारी परिणामों के बारे में संबंधताओं को उभारा है। इनका तर्क है कि एआरटी के मानकीकरण एवं नियमितिकरण के साथ, अधिकांश महिलायें इन तकनीकों को न केवल अपनी अनुर्वरता से संबधित समस्याओं के निराकरण हेतु एक जरिये के तौर पर ही उपयोग नहीं करेंगीं बल्कि स्थापित मापदण्डों में संतान को चाहेंगी जिनमें लिंग को दी जाने वाली प्राथमिकता भी शामिल है। इन नए ''चयनों'' में सामाजिक अभिलाषाओं के मानकों की संतुष्टि हेतु प्रजनन के पसन्दीदा तरीके बनने की बाध्यकारी शक्ति है। इन्होंने उन तमाम आलोचनात्मक प्रश्नों को उठाया है जो कि इन तकनीकों पर किसका नियंत्रण है के विषयक हैं, इस प्रकार यह कहा जा सकता है कि तथाकथित नए चयन अनिवार्य रूप से प्रगति के द्योतक नहीं हैं (मइस, 1990[22]; ओवर आल, 1987[23])। इससे भी ज्यादा यह कि इन तकनीकों के उन महिलाओं पर बुरे प्रभाव हैं जो पहले से ही जाति व वर्ग के आधार पर वंचित हैं (होल्मेस, 1992[24])। FINNRAGE की संस्थापक सदस्य रेनाटे क्लैन ने लिखा है कि ''यह तकनीकें अपने मूल में न केवल लिंग भेदी हैं बल्कि ये नस्ल भेदी, वर्ग भेदी

तथा अन्दरूनी तौर पर यूजेनिक (उत्कृष्ट बच्चा पैदा करने की लालसा से भरीं) हैं तथा ये जनसंख्या नियन्त्रण के पुराने व नए उपकरणों के बतौर ही उपयोग में आती हैं (क्लैन 2008:158[25]) ।

नारीवादी कार्यकर्ता जीना कोरिया तकनीकी हस्तक्षेप के उस परिपेक्ष्य पर प्रश्न करती हैं जिसमें कि प्रजनन को अन्यथा सामान्य प्रक्रिया माना जाता है। इनका यह विश्वास है कि स्त्रियां विशेष गुणों, सत्ता तथा अपनी प्रजननकारी भूमिका से प्रेरित होती हैं फिर वे तर्क देती हैं कि यह सब उनके महत्व को कम करता है कि यदि प्रजनन का तकनीकीकरण किया जाये तथा उसे पुरूष चिक्तिसकों द्वारा नियंत्रित किया जाए। इस प्रकार तकनीक को महिला की वास्तविक चेतना में शक्तिशाली उभार के तौर पर देखा जाता है तथा महिला का प्रकृति के साथ जुड़ाव बताया जाता है (कोरिया, 1985[26])।

वे नारीवादी जो कि एआरटी के समर्थक हैं वे मानते हैं कि यह तकनीकें स्वयं में प्रयत्नपूर्वक प्रजनन की शक्ति को समाहित किए हैं इसलिए यह महिला को उसकी निचले दर्जे की स्थिति से आजाद कराती हैं। इनका यह मानना हैं कि संतानोत्पत्ति की जैविक भूमिका महिला के शोषण का मूल स्रोत बनती हैं तथा उसे निजी व घरेलू चारदीवारी तक ही सीमित रखती है। इसलिए प्रजनन के तकनीकीकरण से महिला मुक्ति के स्वप्न को साकार किया जा सकता है। इस प्रबल धारणा से युक्त नारीवादी, राज्य से सहायता प्राप्त उन शोध कार्यो का समर्थन करते हैं जो नई आनुवांशिकता से संबंध हों तथा इन्हे तकनीक की शक्ति में अदम्य विश्वास होता है। नारीवादी रचनाकार शुलेमिथ फायरस्टोन (1971) का मानना था कि इन तकनीकों में यह ताकत है कि वे महिला को मातृत्व के बोझ से मुक्त कर सकें, अतः इन्हें नारी मुक्ति हासिल करने के लिए एक उपकरण के बतौर इस्तेमाल किया जा सकता है[27]। इस दृष्टिकोण के समर्थक मानते हैं कि एआरटी उन महिलाओं को व्यक्तिगत तौर पर उस परिपेक्ष्य में समाधान देती हैं जहां अनुर्वरता तथा संतान का न होना एक सामाजिक उपद्रव का कारण बनता है। इससे भी ज़्यादा यह कि यह महिलाओं को उनके अपने प्रजनन के संदर्भ में चयन एवं नियंत्रण का अधिकार देकर सशक्त बनाती हैं।

तकनीकी निश्चयवाद के विरूद्ध अन्य तर्कों में यह देखा जाता है कि प्रजनन तकनीकें, प्रजनन का मात्र एक पक्ष है, तथा लाभ या हानि के लिए इसके सामर्थ्य को अति महत्व नहीं दिया जाना चाहिए (स्टेनवर्थ 1987[28])। एन्ड्रयूज एवं स्टेनवर्थ का मानना है कि तकनीक अपने आप में निष्पक्ष है तथा उन तरीकों पर केन्द्रित किया जाना ज़रूरी है जिनके द्वारा यह उपयोग में लाई गईं हैं। ये मानते हैं

कि तकनीक के तर्कसंगत प्रबंधन से प्रगति एवं स्वतंत्रता को हासिल किया जा सकता है। हालांकि ये नियमन हानि को कम किए जाने तथा तकनीकी व सूचना की समान उपलब्धता के महत्व पर ज़ोर देते हैं। इनके अनुसार संतान पैदा करने के अधिकार को, संतान नहीं पैदा करने के अधिकार की बराबरी का दर्जा दिया जाना चाहिए, तथा राज्य को चाहिए कि वह सार्वजनिक स्वास्थ्य के ढांचे में इन तकनीकों को उपलब्ध कराये (एन्ड्रयूज़ 1989[29])। अतः उन सामाजिक संदर्भों जिनमें कि इन तकनीकों का फैलाव किया जाना है, का आवश्यक तौर पर सघन परीक्षण किया जाना चाहिए, उनमें उचित बदलाव लाए जाने चाहिए न कि तकनीकों में।

कई नारीवादियों का मानना है कि इन तकनीकों से लाभ उठाने की संभाव्यता उच्च सामाजिक आर्थिक वर्ग की महिलाओं में ज़्यादा है वह भी निम्न सामाजिक –आर्थिक वर्ग की महिलाओं की कीमत पर। यह तेज़ी से हर दिन की वास्तविकता बनती जा रही है कि ज्यादातर निम्न सामाजिक–आर्थिक परिवेश की महिलाएं पैसों के लिए अपने डिम्ब दान करने अथवा कोख उपलब्ध कराने (सरोगेसी) के लिए आगे आ रही हैं। हावी होती व्यापारीकृत चिकित्सा सेवाओं के परिप्रेक्ष्य में एआरटी में अक्सर प्रजनन एवं मातृत्व की प्रक्रिया को उत्पादन में तब्दील करने तथा महिला एवं बच्चे के शरीर को एक सेवा के अंतिम उत्पाद के तौर पर देखे जाने की आलोचना की जाती है। अमेरिका की नारीवादी विद्वान मार्शा डार्लिंग के शब्दों में (2006:19):

> *...........महिलाओं की शारीरिक संपूर्णता की संकल्पना के लिए यह संकटपूर्ण है जिसमें कि उनके जैविक एवं प्रजनन अंगों, ऊतकों, कोशिकाओं, डिम्बाणु एवं गुणसूत्र सहित विस्तारित तौर पर त्वरित रूप से चिकित्सा उद्योग प्रणाली के कलपुर्जों में तब्दील किया जा रहा है। इसके साथ–साथ यह भी कि प्रजनन को जैव तकनीकि उद्योग द्वारा एक औद्योगिक प्रक्रिया के बतौर देखा जा रहा है, महिलाएं इस तकनीक की उपभोक्ता मानी जा रही हैं जो कि महिलाओं के अपने दैहिक संपूर्णता के अधिकार को कमज़ोर कर रहा है[30]।*

एआरटी के व्यापारीकरण होने के साथ ही सरोगेसी विवाद और बहस का महत्वपूर्ण क्षेत्र बन गया है। ऊपरी तौर पर सरोगेसी, महिलाओं के यौनिक एवं प्रजनन संबंधी श्रम को अप्रधान बनाने को चुनौती देती है, तथा उनकी स्वायत्तता को वित्तीय व अन्य स्तरों पर उभारती है। बाज़ारीकृत सरोगेसी, भूमण्डलीकरण के राजनैतिक अर्थशास्त्र के अन्तर्गत प्रचलन में रहती है, जिसमें कि पारम्परिक आजीविका के साधनों पर खतरे उपजा दिए जाते हैं तथा अनौपचारिक श्रम हेतु नया बाज़ार खड़ा किया जाता है जो शरीर का शोषण करने के साथ–साथ उसे उत्पादन में तब्दील करता है। नारीवादियों द्वारा सरोगेसी को आलोचनात्मक तौर पर ''कामर्शियल ब्रीडिंग''

(बाज़ारीकृत प्रजनन) तथा रिप्रोडक्टिव ट्रेफिकिंग'' (प्रजनन का अवैध व्यापार) भी करार दिया जाता है (रेमण्ड 1998[31])। जबकि सरोगेसी पर प्रतिबंध विरूद्ध नियमन; बाज़ारीकृत विरूद्ध परोपकारी तथा एजेन्ट विरूद्ध पीड़ित जैसे विशेष शब्दों के माध्यम से बहस की जाती रही है। पाण्डे जो कि एक समाजशास्त्री (2009) हैं ने सुझाया है कि इस मुद्दे पर नैतिक पक्ष की अपेक्षा यह आवयश्यक है कि सरोगेसी को एक नए प्रकार के यौनिकता संबंधी देखभाल के कार्य रूप में, एक ढांचागत वास्तविकता के रूप में, इसके वास्तविक भूमिका से जुड़े लोगों तथा वास्तविक परिणामों के साथ देखा जाना चाहिए[32]। शाह (2009) जो कि एक महिला अधिकार एवं क्वीर (अन्य यौनिकताओं के रूझान वाले) आंदोलनों की कार्यकर्ता हैं उनका भी समान तर्क है कि सरोगेमी को एक संभव चयन जो कि सीमित लेकिन गरिमा, ज्ञान और सहमति से परिपूर्ण है के तौर पर देखा जाना चाहिए, तथा इसे मातृत्व के महिमामडंन के खिलाफ चेतावनी के रूप में भी लिया जाना चाहिए। शाह का यह भी मानना है कि सरोगेसी पर जो द्वन्द है वे ''अधिकार'' एवं ''चयन'' की भाषा के नाराज़ कर देने वाले उपयोग से घिरे हैं। यह उपयोग इस व्यापार को फैलाने वालों के द्वारा एक तरफ तो उन महिलाओं के पक्ष में किए जाते हैं जो कि इन तकनीकों तक जाती हैं, तथा दूसरी तरफ उनके द्वारा शरीर पर अधिकार होने का दावा एक संसाधन मानकर किया जाता है[33]। जो कुछ छूट जाते हैं खासकर इसलिए क्योंकि भारतीय परिवेश में राज्य द्वारा नियमन की प्रक्रिया अनुपस्थित है, वह कुछ प्रश्न हैं जो कि अकुशलता, अनाधिकृत कार्य प्रणाली से जुड़े स्वास्थ्य संबंधी जोखिम, महिलाओं के जीवन का विघटन, सरोगेसी के सौदे में असुरक्षा, संतान की नागरिकता से जुड़ी संभावित जटिलताएं, दिया गया अपर्याप्त हर्जाना तथा कोख देने वाली की तरफ से सौदा करने की क्षमताओं में कमी से संबंधित हैं।

यद्यपि एआरटी से जुड़े इन परिदृश्यों के मध्य व्यापक अंतर है, लेकिन इसके साथ ही इनमें यह सहमति है कि महिलाओं के जीवन हेतु एआरटी के क्रियान्वयन पर ज़्यादा व्यापक समझ बनाया जाना आवश्यक है। इसके साथ–साथ विकास तथा इन तकनीकों से संबंध सामाजिक, राजनैतिक एवं आर्थिक प्रभावों को भी जांचना ज़रूरी है। भारतीय बुद्धिजीवियों में एआरटी के संदर्भ में खासकर इन तकनीकों को संचालित करने, लागू करने संबंधी ज्ञान सीमित है तथा प्रस्तुत शोध अध्ययन इस खोज के क्षेत्र में योगदान देने का एक प्रयास है।

**भारतीय संदर्भ में अनुर्वरता**

एआरटी को राजनैतिक, आर्थिक, नैतिक, सांस्कृतिक तथा सामाजिक प्रक्रियाओं के वृत में समझा जा सकता है। इनका सहसंबंध उभरते हुए प्रश्नों जो कि लैंगिकता,

परिवार, जैवनीतिशास्त्र, कानून एवं नारीवाद से जुड़े हैं। यद्यपि ये तकनीकें वैश्विक तौर पर उत्तर में अस्तित्व में आईं तथा इनका वैश्विक तौर पर ही दक्षिण की ओर फैलाव हाल ही के वर्षों में बहुत तीव्रता से हुआ है। ऐसा भूमण्डलीकरण तथा सीमाविहीन व्यापार के नव उदारवादी सिद्धांतों के कारण हुआ है (गुप्ता एवं रिक्टर्स, 2008[34])। भारत जैसे परिवेश में एआरटी का आगमन नए व पुराने सरोकारों के साथ हुआ है।

इस विषय के विभिन्न अध्ययनों में अनुवर्रता की अलग–अलग परिभाषाएं मिलती हैं यद्यपि इनमें संतानहीनता (वे स्त्रियां जिनसे कि कोई जीवित संतान नहीं है) हेतु विभिन्न संदर्भ अवधियों का उपयोग हुआ है (जिसकी सीमा एक से पांच वर्ष है)। विश्व स्वास्थ संगठन (डब्ल्यूएचओ) अनुर्वरता को परिभाषित करने हेतु एक वर्ष की संदर्भ अवधि को उपयोग में लेता है। तदुपरान्त यह परिस्थितियों को दो श्रेणियों में विभक्त करता है। प्राथमिक अनुर्वरता– इसमें सहवास करने के बावजूद भी गर्भधारण नहीं हो पाता है, और गर्भावस्था नहीं आ पाती है; तथा द्वितीयक अनुर्वरता – इसमें पहली गर्भावस्था के उपरान्त पुनः गर्भ नहीं ठहरता है जबकि सहवास किया हो तथा गर्भावस्था भी आ गई हो (तब जबकि गर्भ निरोधकों का इस्तेमाल नहीं हो रहा हो, स्तनपान नहीं कराया जा रहा हो या गर्भावस्था के उपरान्त मासिक चक्र रूका हुआ (पोस्ट पार्टम एमीनोरिया) भी न हो) (आईसीएम ए आर तथा डब्ल्यूएचओ 2009[35])। अनुर्वरता की इसी समझ को भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद (आईसीएमआर) ने भारत में एआरटी क्लीनिक्स को मान्यता देने उनकी निगरानी करने तथा उनका नियमन करने (2005) के लिए बनाए गए राष्ट्रीय दिशा निर्देशों में अपनाया है। इसमें कहा गया है कि यदि किसी दम्पत्ति में कम से कम एक वर्ष तक बिना किसी अवरोध को अपनाए सहवास करने पर भी यदि गर्भधारण नहीं हो पाता तो वह अनुर्वरता की श्रेणी में आएगा[36]।

जनसंख्या विज्ञान के अन्तर्राष्ट्रीय संस्थान मुंबई (2010) (आईआईपीएस) के एक जारी अध्ययनानुसार सन् 1981 से 2001 के दौरान 20 वर्षों में भारतीय दम्पत्तियों में अनुर्वरता में 50 प्रतिशत की बढ़ोतरी हुई है। आईआईपीएस के शोधकर्ताओं ने सन् 1981, 1991 तथा 2001 की जनगणना के आंकड़ों के विश्लेषण के साथ–साथ राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएचएस) को भी विश्लेषित किया था जिसमें संतानहीनता के स्तर को मूल्यांकित किया गया। जिसमें उन्होंने पाया कि सन् 1981 में 35–49 वर्ष आयु समूह की चार–प्रतिशत विवाहित/परित्यक्त महिलाएं निःसंतान थीं। यही आंकड़ा सन् 2001 में 6 प्रतिशत पर जा पहुंचा है। ज्यादातर वे महिलाएं निःसंतान हैं जो निरक्षर हैं (6.2 प्रतिशत) जबकि पढ़ी–लिखी महिलाओं में यह दर कम (5.62 प्रतिशत) है। संतानहीनता का यह स्तर शहरी व ग्रामीण क्षेत्रों में

एक सा है (भायाना 2010[37])। डब्ल्यूएचओ से लिए गए आंकड़े बताते हैं कि भारत में किसी भी निर्धारित समय में लगभग 1 करोड़ 30 लाख से लेकर 1 करोड़ 90 लाख दम्पत्ति निःसंतान मिल सकते हैं। एआरटी इन्डस्ट्री द्वारा उपलब्ध कराए जा रहे आंकड़ों के अनुसार 15 प्रतिशत जोड़े जो संतानोत्पत्ति चाहते हैं उन्हें गर्भधारण न कर पाने की समस्याएं हैं (श्रीनिवासन, 2010[38])।

समान जनसंख्या में ही अनुर्वरता के लिए ज़िम्मेदार कारण एक से दूसरे क्षेत्र में यहां तक की एक स्थानीयता से दूसरी में अलग–अगल होते हैं। डब्ल्यूएचओ के एक अनुमान के अनुसार भारत में प्राथमिक अनुर्वरता 3 प्रतिशत तथा द्वितीयक अनुर्वरता 8 प्रतिशत है (केट्स एट आल, जैसा कि विज एंड क्लीलैण्ड में उल्लेखित है, 2009[39])। डब्ल्यूएचओ द्वारा भारत में अनुर्वरता पर किए गए बहु–केन्द्रित अध्ययनों से यह निकल कर आया कि 40 प्रतिशत महिलाओं एवं 73 प्रतिशत पुरूषों में अनुर्वरता के कारण अस्पष्ट हैं। महिलाओं में अनुर्वरता के कारणों में नलिकाओं संबंधी समस्यायें (30 प्रतिशत) सबसे ऊपर हैं, इनके बाद अण्डाशय में अण्डाणुओं का नहीं बन पाना महत्वपूर्ण (22 प्रतिशत) कारण है। पुरूषों में एक्सेसरी ग्लैंड का संक्रमण अनुर्वरता के कारणों में सबसे ऊपर है (केट्स एट. आल जैसा कि विज एंड क्लीलैण्ड में उल्लेखित है, 2009[40])। महिला जनन तंत्र की ट्यूबरक्यूलोसिस भी अनुर्वरता के लिए स्पष्ट रूप से जिम्मेदार कारण है, सभी प्रकार की संबंध चिकित्सा उपचार पद्धतियां उर्वरता के स्तर में गिरावट से संबंधित होती है (बापना एट.आल 2005[41])।

ऐसे पुरूषों में जिनमें कि अनुर्वरता के लिए ज़िम्मेदार कारण स्पष्ट होते हैं उनमें तीन में से एक पुरूष में यह कारण यौन संचारी संक्रमण (सैक्सुअली ट्रांसमिटेड इन्फेक्शन–एसटीआई) होता है। भारत में एसटीआई की व्यापकता (प्रिवलेन्स) उन महिलाओं में ज्यादा पाई गई थी जिन्होंने अनुर्वरता एवं पैल्विक इन्फ्लामेटरी डिसीज (पेडू की बीमारी) की शिकायतें की थीं। प्रजनन तंत्र के अनुपचारित संक्रमण (रिप्रोडक्टिव ट्रैक्ट इन्फैक्शन्स) जिनमें पैल्विक इन्फ्लामेटरी डिसीस (पीआईडी) यौन संचारी रोग (सैक्सुअली ट्रांसमिटेड डिसीज़ – एसटीडीज) तथा मुख्यतः क्लैमेडिया ट्रेकोमेटिस एवं गोनोरिया, असुरक्षित व बार–बार होने वाले गर्भपात भी कुछ ऐसी समस्याऐं है जो महिलाओं में अनुर्वरता से स्पष्ट तौर पर सहसम्बद्ध रहते हैं (कुश्तगी एट आल; छाबरा एट.आल जैसा कि विज एंड क्लीलैण्ड, 2009 में उल्लेखित है[42])।

मातृ स्वास्थ्य के कारक, जैसे सफाई से न किया गया प्रसव, प्रसव उपरान्त का संक्रमण तथा बच्चा पैदा करवाने के असुरक्षित तौर तरीके, इन सभी का संबंध सेप्सिस

(मवाद पड़ना) तथा जनन अंग क्षेत्र के संक्रमणों से होता है। गंभीर कुपोषण तथा खून की कमी (एनीमिया) भी उर्वरता को प्रभावित करते हैं। अनुर्वरता के अन्य ऐसे कारणों में जिनकी रोकथाम संभव है, ''जीवन शैली के कारक'' जैसे कि मोटापा, वजन बढ़ना एवं घटना, खाने से संबंधित समस्याएं (ईटिंग डिस्आर्डर्स) तथा कुपोषण इनमें शामिल है। विकासशील देशों में आहार संबंधी समस्यायें जैसे आयोडीन तथा सैलेनियम की कमी का भी अनुर्वरता से संबंध है (स्टीवर्ट 1991[43])। उष्णकटिबंधीय देशों में स्टेपल फूड्स को खराब करने वाले आहार संबंधी एफ्लाटॉक्सिन्स–फंगल मैटाबोलाइटस का भी अनुर्वरता से संबंध है (इबे, उराई तथा ओगोनर, 1994[44])। तम्बाकू शराब तथा कैफीन के सेवन का भी पुरूषों या महिलाओं अथवा दोनों में उर्वरता की कमी से संबंध हो सकता है (कर्टिस, सेविज एंड आरबुकल, 1997[45])। इसके साथ, विकासशील देशों की कुछ शहरी गरीब आबादियों की महिलाओं में मोटापे की समस्या बढ़ रही है जो कि अण्डाणुओं के उत्पादन से संबंधित अनुवर्रता के लिए ज़िम्मेदार हो सकती है (इनहार्न 1994[46])। पर्यावरण तथा व्यवसाय संबंधी जोखिम भी अनुर्वरता के कारण बनते हैं।

कई अध्ययनों से यह साबित हुआ है कि कीटनाशाकों जैसे डीडीटी (DDT) तथा औद्योगिक रसायनों जैसे आर्गेनिक साल्वेन्ट्स तथा पीसीबी (PCB) के संपर्क में आने से पुरूषों में शुक्राणुओं की संख्या में कमी आ जाती है (सीएसई, 2002)[47] वे पुरूष जो कि औद्योगिक तथा प्रदूषित कस्बों में रहते हैं उनमें ऐसे पुरूषों की अपेक्षा जो कि स्वच्छ क्षेत्रों में रहते हैं, 6 गुना ज्यादा असामान्य शुक्राणु होते हैं (सीएसई, 2002[48])। इन जोखिमों तथा कम उर्वरता के मध्य संबंध को माप पाना बहुत मुश्किल है तथा यह हमेशा स्पष्ट नहीं होते हैं। तथापि हमारे कार्य स्थलों तथा पर्यावरण में 50 से ज्यादा ऐसे रसायन हैं जो कि महिलाओं एवं पुरूषों में प्रजनन की समस्याओं से संबंधित हो सकते हैं (ईवन्स, 2004[49])।

## भारत के सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र में अनुर्वरता की देखरेखः एक प्रत्यक्ष अनुपस्थिति

कई विकासशील देशों की भांति भारत में भी जनांकिकीय पैमाने (एपिडिमोलाजिक स्केल) पर सार्वजनिक स्वास्थ्य की प्राथमिकता में अनुर्वरता की देखरेख तथा प्रबंधन बहुत नीचे हैं (कादीर 2009[50])। यद्यपि कहने के लिए अनुर्वरता का इलाज सार्वजनिक सुविधाओं में उपलब्ध है पर वास्तव में प्रभावी उपचार प्राप्त करना अक्सर मुश्किल होता है क्योंकि स्त्री रोग विशेषज्ञों, अनुर्वरता विशेषज्ञों, शल्य चिकित्सकों, लैब टैक्नीशियन्स के मध्य सामांजस्य की कमी है। सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र में पर्याप्त तौर पर रोगों की रोकथाम, उपचार तथा परामर्श संबंधी सेवाएं नहीं मिल पाती हैं। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (2000) में वर्णित अनुर्वरता के उपचार के अन्तर्गत यह

आवश्यक है कि इस विषय में जानकारी प्रदान कराई जाए एवं परामर्श दिए जाने के साथ–साथ नियमित रूप से दवाओं की आपूर्ति की जाए। यह केवल उन समुदायों हेतु है जो आदिवासी हैं, लेकिन विस्थापित तथा पलायन करने वाली जनसंख्याये इसमें शामिल नहीं हैं, जिनकी "अनुर्वरता का नियमन किया जाना आवश्यक नहीं" माना गया है ( लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय 2000[51])। यद्यपि दसवीं पंचवर्षीय योजना (2002–07) में अनुर्वरता के लिए आवश्यक क्लीनिकल परीक्षण, जांच, प्रबन्धन तथा परामर्श सेवाओं की उपलब्धता की चर्चा की गई थी पर यह सेवाएं सरकारी तंत्र में दुर्लभ हैं। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना (2007–12) में यह कहा गया है कि भारत में लगभग 5–8 प्रतिशत दम्पत्तियों में अनुर्वरता की समस्या है जिसकी व्यापकता ज़्यादा भी हो सकती है। यहां तक कि प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आर सी एच) 52 में भी अनुर्वरों हेतु सेवाएं प्रदान कराने को कम ही तरजीह दी गई है।

सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र में अनुर्वरता को अनदेखा किए जाने के कई कारण हैं। इसका प्राथमिक कारण यह कि अनुर्वरता को एक वैयक्तिक चिकित्सकीय स्थिति के रूप में देखा जाता है न कि एक सामाजिक समस्या के तौर पर जिस पर लगातार ध्यान दिया जाना ज़रूरी है। अनुर्वरता के मुद्दे को जब भी उभारा जाता है तब उसे नई प्रजनन तकनीकों के चमत्कारिक परिप्रेक्ष्य में प्रस्तुत किया जाता है जिसकी स्त्रोतों के लिहाज से गरीब, हमारे मुल्क में इतनी प्रासंगिकता नहीं रह जाती है। अनुर्वरता को एआरटी के समकक्ष लाने पर न केवल वे लोग ही इससे बहिष्कृत नहीं होते जिन्हें कि इन तकनीकों के आश्रय की आवश्यकता नहीं बल्कि अनुर्वरता की रोकथाम संबंधी देखरेख जैसे महत्वपूर्ण प्रश्न से भी बड़ी सफाई से ध्यान भटका दिया जाता है।

## भाग-II

### भूमण्डलीकरण तथा निजी चिकित्सा सेवा

> *"कोई भी यदि जैव तकनीकि के उद्गम को, मात्र जीनोमिक्स के माध्यम से समझता है तो उसे साथ–साथ बाजार के ढॉचों को भी विश्लेषित करना चाहिए जिनके भीतर से ये उभरे हैं"*।
>
> कौशिक सुन्दर राजन (2006:37[53])

नई प्रजनन एवं अनुवांशिक तकनीकों का आगमन तथा उदारीकरण, निजीकरण एवं भूमण्डलीकरण की नीतियाँ एक दूसरे से अलग नहीं हैं। राज्य के द्वारा जैव

विज्ञान को अचानक ही उच्च तकनीक के तौर पर बढ़ाया गया जो कि मिले–जुले तौर पर भूण्डलीकरण के खोखले प्रभावों का नतीजा है, तथा जिसका स्वास्थ्य की देखरेख के संदर्भ में बड़ा भारी योगदान कहकर गुणगान किए जाते हैं। यद्यपि यह मान लिया जाए कि ये तकनीकें लाभकारी है, पर इन्हें स्वास्थ्य के सार्वजनिक ढाँचे में उपलब्ध नहीं कराया गया बल्कि इनका इस्तेमाल निजी क्षेत्र के विस्तारण हेतु किया गया जिसने इन्हें पहले से ही ढुलमुल, कल्याणकारी राज्य की जद से बाहर कर दिया। कुछ राज्य जो कि अपने यहाँ जनसंख्या वृद्धि को प्रोत्साहित करते हैं वहाँ इस प्रकार की तकनीकों को सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र का हिस्सा बनना चाहिए था। इस अंतरीय पहुँच को "श्रेणीवार विभाजित प्रजनन" के तौर पर समझा जा सकता है (गिन्सबर्ग एवं राय, 1995[54])। यह एक असमान शक्ति समीकरण है जिसमें कुछ श्रेणी के लोगों को प्रजनन हेतु उभारा व सशक्त किया जाता है जबकि अन्य का अवमूल्यन कर दिया जाता है। राज्य की पुर्नसंरचना एवं निजीकरण के माहौल में, स्वास्थ्य की देखरेख के परिपेक्ष्य में राज्य की प्राथमिकताओं में लोगों की बेहतरी से ज़्यादा उद्योगों के हितों को साधना है इस वजह से स्वास्थ्य सुरक्षा हेतु माहौल बनाना कारपोरेट जगत को लाभ पहुँचाने के रूप में उभर रहा हैं (मयकिट्यूक 2000[55])। इसी परिपेक्ष्य में जैसा कि केन ब्रिक (2005) ने कहा है "जैवविज्ञान भविष्योन्मुखी बाज़ार पर आश्रित है जो कि अल्पकालिक मूल्यों वाली पीढ़ी को सामर्थ देता है (जैसे शेयर का वेंचर केपीटल रिटर्नस) जिसमें आकांक्षाओं की पृष्ठभूमि में कुछ भी परिपूर्ण करने की आवश्यकता नहीं हैं"[56]।

ऐसी परिस्थितियों ने इस प्रकार के सुझावों को उभारा है कि सरकारें प्रभावी तौर पर भूमण्डीकरण की दाई की भूमिका निभा रही हैं। राज्य तंत्र का रूपान्तरण हो रहा है, विकास की रणनीतियाँ तथा नियमन वैश्विक अर्थव्यवस्था के महसूस हो रहे संकटों का जवाब हैं (ब्रोडी, 1995:6[57])। सन् 1990 के मध्य से भारत सरकार तथा राज्य सरकारों द्वारा स्वास्थ्य की देखरेख हेतु किए जाने वाले खर्चो में भारी कमी आना प्रारंभ हुई। ठीक इसी दौरान निजी खर्चो के हिस्से में बेतहाशा वृद्धि होने लगी और वर्तमान में भारत में स्वास्थ्य पर होने वाले कुल खर्च का लगभग 80 प्रतिशत निजी क्षेत्रों में होता है। भारत सरकार के एक अनुमान के अनुसार भारतीय स्वास्थ्य की देखरेख उद्योग की हैसियत 170 करोड़ डालर प्रतिवर्ष है जो कि आने वाले 6 सालों में प्रतिवर्ष 13 प्रतिशत की दर से बढ़ेगी। अतः भारत का स्वास्थ्य देखरेख क्षेत्र एक बड़े सेवा क्षेत्र के रूप में उभरा है जिसका देश के सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) में 6.2 प्रतिशत का योगदान है। सन् 2012 तक इस आंकड़े के 8 प्रतिशत तक पहुँचने की संभावना है जो कि अलग–अलग लगभग 90 लाख लोगों को रोजगार देगा (जेएसए 2007[58])

भारत में स्वास्थ्य सेवाओं का निजीकरण चहुँमुखी हुआ है–जैसे गैर आधिकारिक ठेके, सेवाओं से परे के ठेके, स्वास्थ्य सेवाओ के उपयोग का शुल्क तथा अन्य स्पष्ट खामियों के चलते जनता के लिए स्वास्थ्य को नकारा गया है (जेएसए 2007[59]) । इस प्रकार के उभार के पीछे दवा उद्योग ने एक बड़े प्रेरक का कार्य किया है जिनका स्तर बहुराष्ट्रीय कंपनियों का है। भारत दुनिया का चौथा बड़ा दवा उत्पादक (मात्रात्मक रूप से) देश है तथा भारतीय दवा कंपनियाँ अपने कुल उत्पादन का 45 प्रतिशत निर्यात करती हैं (दुग्गल, 2004[60])।

यह स्वास्थ्य सेवाओं पर बढ़ता निजी नियंत्रण तथा उनका बाज़ारीकरण है जो कि बिना किसी नियमन के जारी है। इसने यह प्रकट किया है कि अब गरीब लोगों के लिए स्वास्थ्य सेवाओं को अपनी पहुँच या सीमा में लाना असंभव तो हुआ ही है इसके साथ–साथ स्वास्थ्य सेवाओं को अन्य चीज़ों की तरह बाज़ारीकृत उत्पाद में तब्दील किया जा रहा है।

**मेडिकल टूरिज्म (चिकित्सा पर्यटन)**

वैश्विक चिकित्सा पर्यटन का जो बाज़ार है उसके अनुसार सन् 2005 में 1 करोड़ 90 लाख से ज्यादा यात्राएँ इस हेतु दुनिया में हुईं जिनका कुल मूल्य 20 अरब डालर आंका गया था। कई देशों में चिकित्सा पर्यटन में दो अंको की बढ़ोत्तरी देखी जा सकती है, जिसके आधार पर यह भविष्यवाणी की गई कि सन् 2010 तक इस प्रकार की यात्रायें 4 करोड़ तक पहुँचेंगीं यानि यह आंकड़ा दुनिया के कुल प्रतिशत का 4 प्रतिशत तक हो जाएगा (टीआरएएम 2006[61])। प्रोफेसर रूपा चन्दा द्वारा लगाए गए एक अनुमान के आधार के अनुसार चिकित्सा पर्यटन विश्वव्यापी पैमाने पर शानदार 40 खरब डालर की छलांग लगा रहा है (छाबरिया, 2005:3 में उल्लेखित[62])। विश्व व्यापार संगठन द्वारा थाइलैण्ड, मलेशिया, जार्डन, सिंगापुर एवं भारत में किए गए एक अध्ययन के यह निष्कर्ष थे कि सन् 2003 में अकेले इन पाँच देशों में आए चिकित्सा यात्रियों की संख्या 13 लाख के करीब थी तथा जिनकी उपचार लागत से 1 अरब डालर के आसपास आय हुई (छाबरिया, 2005[63])। इन पाँच देशों मे चिकित्सा यात्रा की लागत प्रतिवर्ष 20 प्रतिशत से ज्यादा की दर से बढ़ रही है (छाबड़िया, 2005[64])। आर्थिक नीतियों के प्राध्यापक गिसिपि तातारा (2010:3) के अनुसार भारत एशिया का दूसरा ऐसा देश है जिसमें सन् 2007 में 4,50,000 चिकित्सा पर्यटकों का आगमन हुआ (2007[65])। कानफिडरेशन ऑफ इंडियन इण्डस्ट्रीज तथा मैकिन्सी कन्सलटेन्ट्स की साझा रिपोर्ट में भी यह कहा गया है कि भारत में चिकित्सा पर्यटन के क्षेत्र में प्रतिवर्ष 30 प्रतिशत की वृद्धि हो रही है तथा यह सन् 2012 तक 1 से 2 अरब डालर का व्यापार बनेगा।

सन् 2004 मात्र में ही तकरीबन 1 लाख 50 हजार विदेशी लोगों ने इलाज के लिए भारत की यात्रायें की तथा इस संख्या में प्रतिवर्ष लगभग 15 प्रतिशत की वृद्धि जारी है (नेटस्क्राइब्स, 2008[66])। भारत सरकार की एक वेबसाइट के एक कथन के अनुसार इन सुविधाओं के कारण भारत स्वास्थ्य लाभ का वैश्विक स्थान बनने की प्रक्रिया में है[67]।

भारत सरकार चिकित्सा पर्यटन को विभिन्न तरीकों से अनुमोदित कर रही है एवं इसे बढ़ा रही है। इनमें से कुछ तरीके हैं– पहुँच को आसान बनाने की पेशकश के साथ कई प्रकार के दिये जाने वाले वित्तीय प्रलोभन, जिनमें कम ब्याज दरों पर कर्ज दिया जाना, ताकि अस्पताल बनाया जा सके, विशेष मेडिकल वीज़ा (VISA) की व्यवस्था, दवाओं की खरीद पर छूट, इस हेतु अस्पतालों को बनाने के लिए घटी दरों पर जमीन, इत्यादि (जेएसए 2007[68])। केन्द्रीय पर्यटन मंत्री ने कहा था कि भारत सरकार चिकित्सा पर्यटकों हेतु 'एम' (मेडिकल) वीसा तथा उसके साथ आने वाले पति या पत्नी को "एमएक्स" वीज़ा दे रही है जो कि एक वर्ष के लिए वैध होगा (टीएनएन 2006[69])। भारत की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 में कहा गया है कि – घरेलू स्वास्थ्य सेवायें जो कि द्वितीयक व तृतीयक क्षेत्रों में हैं उनके द्वारा उपयोग किये जा रहे मूल्य के लाभ का यदि तुलनात्मक रूप से पूंजीकरण किया जाये तो राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 विदेशों से स्वास्थ्य लाभ लेने आने वाले लोगों के लिए यह स्वास्थ्य सुविधायें भुगतान आधार पर प्रदान कराये जाने को प्रोत्साहित करती है[70]। इन सेवाओं हेतु विदेशी विनिमय की शक्ल में भुगतान होने को "मानद आयात" के तौर पर लिया जाता है तथा आयात की कमाई से

### भारत में एआरटी के नियन्त्रण की स्थिति

भारत में एआरटी क्लीनिकों को प्राधिकृत करने, उनकी निगरानी एवं उन पर नियन्त्रण करने हेतु सन् 2005 में राष्ट्रीय दिशा–निर्देशों का निर्माण, भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद (आईसीएम आर) तथा चिकित्सा विज्ञानों की राष्ट्रीय अकादमी (एनएएमएस), भारत द्वारा किया गया था। हालांकि यह दिशा–निर्देश कानूःनी तौर पर बाध्यकारी नहीं हैं। भारत में एआरटी के नियन्त्रण हेतु असिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजीस (रेग्युलेशन) बिल एंड रूल्स का मसौदा (जिसे सन् 2010 में नया स्वरूप दिया गया है) के रूप में एक कानून प्रस्तावित है। इसे अभी तक संसद में पेश ही नहीं किया जा सका है।

राजस्व पूर्ति को वैध ठहराया जाता है (जेएसए 2007[71])। सन् 2009 में प्रस्तावित किये गये राष्ट्रीय स्वास्थ्य बिल में राज्य के द्वारा प्रबंधन संबंधी बाध्यकारिता को बदले जाने की बात कही गई है जिनमें स्वास्थ्य सेवाओं को मुफ्त रूप से उपलब्ध करवाना अनिवार्य है। अतः यह न केवल सार्वजनिक–निजी सहभागिता (पीपीपी–पब्लिक–प्रायवेट पार्ट्नरशिप) तथा चिकित्सा पर्यटन दोनों को कानूनी वैधता देता है, बल्कि यह राज्य की ओर से अतिरिक्त छूट दिये जाने का भी वादा करता है जो कि थर्ड पार्टी पेमेंट्स के मामलों में दी जाती है (रेड्डी एंड कदीर, 2007[72]) इससे भी ज्यादा यह कि व्यापार एवं सेवाओं में सामान्य समझौता (जीएटीएस) में भी विश्व व्यापार संगठन (डब्ल्यूटीओ) के अंतर्गत स्वास्थ्य सेवाओं में व्यापार शामिल हैं जिसमें कि वित्तीय प्रोत्साहन हेतु निजी चिकित्सालय बनाकर विदेशी मरीजों का उपचार करना मूलबद्ध है। इन प्रोत्साहनों मे ंकम ब्याज दरों पर पूंजी को बढ़ाने की क्षमता तथा चिकित्सा उपकरणों पर आयात शुल्क कम कराने की योग्यता जैसे मुद्दें प्रमुख हैं (मुले एवं गिब्सन, 2006[73])।

केरल, तमिलनाडु, आंध्रप्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र तथा गुजरात की राज्य सरकारें भी यह चेष्टा कर रही हैं कि चिकित्सा पर्यटन को बढ़ाया जाए। इन राज्यों के पर्यटन विभागों की अपनी वेबसाइट हैं। उदाहरण के तौर पर कर्नाटक सरकार निजी उद्यमियों जैसे मनीपाल समूह को प्रोत्साहित कर रही है ताकि वो पश्चिम एशियाई देशों से आने वाले मरीजों के लिए मेडीकल टूर पैकेजेस को प्रस्तावित करें। ऐसी ही एक शुरूआत "मेडीटूर है, जो कि एक निजी उद्यम है जिसका उद्धेश्य इंडियन मेडीकल एसोशियन (आईएमए) तथा तमिलनाडु, पर्यटन विकास निगम (टीटीडीसी) के साथ मिलकर तमिलनाडु में चिकित्सा पर्यटन को प्रोत्साहित करना है। महाराष्ट्र में फेडरेशन ऑफ इंडियन चेम्बर्स ऑफ कामर्स एंड इंडस्ट्रीज (फिक्की) ने चिकित्सा पर्यटन को बढ़ावा देने के लिये एक टास्क फोर्स गठित किया है जो चिकित्सा पर्यटन में रूचि लेने व इसके सामर्थ्य को व्यक्त करता है।

इसी प्रकार भारत में निजी स्वास्थ्य क्षेत्र जिनमें कारपोरेट अस्पताल जैसे अपोलो, एस्कार्ट्स एवं वे संस्थान जो गैर–लाभकारी ट्रस्टों के द्वारा संचालित हैं जैसे एल बी प्रसाद आई. इन्स्टीट्यूट तथा वैकल्पिक चिकित्सा, उद्योग, सभी शामिल हैं। भारतीय कारपोरेट अस्पतालों का अंतराष्ट्रीय स्तर की स्वास्थ्य बीमा कंपनियों के साथ एक नेटवर्क बना है जिसके चलते इन अस्पतालों को मान्यता मिली हुई है तथा अप्रवासी भारतीय, पारिवारिक दौरों पर या देश की यात्रा पर आने के साथ–साथ अपना उपचार भी भारत में करवा जाते हैं (कौर एट.आल., 2007 : 419[74])। अपोलो हास्पिटल में प्रतिमाह 10–11 विदेशी मरीज आते हैं। अपोलो के द्वारा प्रदान कराए गए आंकड़ों के अनुसार सन् 1988 से 2002 के मध्य यहाँ 96,100 विदेशी मरीज

अपने उपचार हेतु आए। इसी प्रकार एस्कार्ट हास्पिटल के 5–7 प्रतिशत मरीज भारत से बाहर के है (सचदेवा, 2002[75])।

भारत को चिकित्सा पर्यटन के आकर्षक स्थान का दर्जा मिलने के पीछे कई कारण हैं। चिकित्सा पर्यटन उद्योग की दुकान चलने के पीछे प्रमुख रूप से इसकी "मूल्य प्रभावकारिता" है। जिसमें उच्च व आधुनिक तकनीकों से युक्त स्वास्थ्य सेवाएँ विकसित देशों की तुलना में काफी कम दामों पर उपलब्ध कराई जाती हैं। स्वास्थ्य सेवा उद्योग ने भी बेचने की रणनीतियॉं अपना ली हैं। बाहर के लोगों को इस उद्यम में जोड़ा जाता है साथ ही पारम्परिक चिकित्सा पद्धतियों तथा उपचार के तरीकों से युक्त स्वास्थ्य सेवाओं के पैकेज उपलब्ध कराए जाते हैं। यहाँ प्रतीक्षा सूची नहीं होती, विश्व स्तर के चिकित्सकों की उपलब्धता होती है तथा भाषा कोई अवरोध नहीं बनती क्योंकि यहाँ ज्यादातर लोग अंग्रेजी ही बोलते हैं। यहाँ जिन सेवाओं की बहुत माँग रहती है उनमें किडनी बदलना, हृदय की शल्य चिकित्सा, कैन्सर का उपचार, बाल एवं शिशु स्वास्थ्य की सेवाएँ, आँखों का इलाज, घुटना/जोड़ों का बदलना, आयुर्वेद, कास्मेटिक सर्जरी, तथा लिपोसक्शन (दुबले होने के लिए शरीर का वसा कम करवाना) प्रमुख रूप से शामिल हैं। अब एआरटी भी अभी हाल ही में आई नई सेवा के बतौर इस सूची में है। इसके साथ–साथ इसमें एक बड़ा प्रावधान यह भी हुआ है कि एशिया, अफ्रीका के साथ–साथ विकसित देशों जैसे इंग्लैंड, अमेरिका, कनाडा, तथा आस्ट्रेलिया से भी चिकित्सा पर्यटकों को यहाँ आने के लिए आकर्षित किया जाना हैं। इसमें यह देखना समझना जरूरी है कि अन्य चिकित्सा उपचारों की तुलना में एआरटी में क्या खास है। एआरटी से जुड़ी हुई यात्राओं के साथ कई महत्व के कारक जुड़ते हैं जिनमें उभरते हुए नीतिगत, धार्मिक एवं स्वास्थ्य के सरोकार भी शामिल हैं जो कि इन तकनीकों तक अपने देश तथा अन्य देशों में पहुँच के स्तरों को कानूनी व अन्य स्तरों पर निर्धारित करते हैं (स्मिथ–कैवरोस, 2009[76])।

भारत के ढहते सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र के परिपेक्ष्य में यदि हम देखें तो पाते हैं कि जहाँ अधिकांश लोगों के लिए स्वास्थ्य सेवा की बुनियादी जरूरतें भी अनुपलब्ध हैं वहाँ चिकित्सा पर्यटन को राज्य द्वारा तीव्रतम रूप से उभारना कई प्रकार के प्रश्न खड़े करता है। कारपोरेट जगत को चिकित्सा पर्यटन को बढ़ावा देने के लिए भारी आर्थिक सहायतायें पेश की जाती हैं। यद्यपि इसमें यह दावा किया जाता है इनके उभार से भारी मात्रा में राजस्वों की प्राप्ति होती है तथा संपूर्ण आर्थिक प्रगति में इनका योगदान रहता है, इसके बावजूद भी यह स्पष्ट है कि स्वास्थ्य सेवाओं के निजीकरण की ओर बढ़ाये जा रहे कदमों से आम लोगों के स्वास्थ्य की कीमत पर कारपोरेट क्षेत्र को ही फायदा पहुँचता है।

**भारत में एआरटी उद्योग का तीव्रतम उभार**

बढ़ते चिकित्सा पर्यटन उद्योग के एक महत्वपूर्ण हिस्से के रूप में उर्वरता उद्योग से सन् 2012 तक 1 से 2 अरब डालर का राजस्व मिलने की संभावना है यद्यपि कोई स्पष्ट आंकड़े नहीं हैं कि एआरटी एवं किराए की कोख (सरोगेसी) के लिए कितने लोग भारत आए लेकिन एक अनुमान के अनुसार सरोगेसी मात्र का ही व्यापार 4.45 करोड़ डालर मूल्य का है (आईएनएस, 2008[77])। एआरटी क्लीनिक्स अब केवल मेट्रो एवं बड़े शहरों तक ही सीमित नहीं रह गए हैं बल्कि अब ये छोटे कस्बों व शहरों तक भी पहुँच रहे हैं जिनमें कि मूलभूत नागरिक सुविधाओं एवं आवश्यक स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं की भी कमी है। इस क्षेत्र में हो रही चमत्कारिक वृद्धि को इस तथ्य से भी समझा जा सकता है कि अनुर्वरता के उपभोक्ताओं के अंतर्राष्ट्रीय संगठन "इंटरनेशनल कन्ज्यूमर सर्पोट फॉर इन्फर्टिलिटी" ने भारतीय समूहों को अफ्रीकी एवं दक्षिण अमेरिकी समूहों के साथ सूचीबद्द किया हुआ है और यहाँ से भारत मे एआरटी सुविधा प्रदाताओं के बारे में तीव्रतम विज्ञापनों के द्वारा विदेशी ग्राहकों को आकर्षित किया जा रहा है (मुले एवं गिब्सन, 2006[78])। एक मार्केट रिसर्च रिर्पोट, (2002:1) के मुताबिक :

> *"बड़े बाजारों में अनुर्वरता के उपचार को स्थापित करने के साथ–साथ दवा कंपनियां अन्य बाजारों को खोज रहीं हैं जहाँ कि एआरटी की क्लीनिकल आपूर्ति व माँग में बढ़ोत्तरी की जा सकें। भारत अपनी प्रोनेटालिस्ट (ऐसी प्रवृत्ति जिसमें कि मातृत्व एवं पितृत्व को गौरवान्वित किया जाता है) संस्कृति के कारण एक आकर्षित करने वाला बाजार है। एआरटी की सुविधायें लेने योग्य दक्षिण एशियाई, विदेशों में रहते हैं और ब्रान्डेड उत्पादों को प्राथमिकता देते हैं[79]।*

एआरटी उद्योग–बच्चों के होने की प्रेरणा, प्रजनन संबंधी दैहिक अंगों तथा महिलाओं के संदर्भ में स्थापित सामाजिक मूल्यानुसार देखरेख एवं प्रजनन संबंधी श्रम जिसमें अण्डाणु दान व कोख दान दोनों शामिल हैं– पर एक मुल्क से दूसरे मुल्क में सहसंबंधित रहते हुए "मातृत्व के वैश्वीकरण" पर टिका है (ब्राउनर एवं सर्जेन्ट, 2007[80])। ऐसी स्थिति, जो माँ है तथा वो जो दूसरों को माँ होने का अधिकार दे रहीं हैं, दोनों तरह की महिलाओं को प्रभावित करता है, जैसा कि प्रोफेसर स्टोरो (2009) का दावा है कि उर्वरता पर्यटन का काम है, एक देश के जन शोषण को दूसरी जगह निजी अत्याचारों में बदल देना[81]। अनुर्वरता अथवा संतानहीनता के लैंगिक अनुभव दमनकारी हो सकते हैं तथा इन्हें एआरटी प्रदाताओं के दावों से जोड़ कर जाँचा जाना चाहिए जो यह कहते हैं कि एआरटी में वह ताकत हैं जो इस दमन या शोषण से महिलाओं को मुक्त कराती हैं इसलिए नातेदारी एवं लैंगिक संबंधों के प्रभावी तौर तरीकों को पुर्नपरिभाषित करना आवश्यक है।

## भाग-III

**एआरटी एवं नातेदारी : पुर्नपरिभाषा या पुर्नस्थापन**?

भारतीय संदर्भो में अक्सर शादी होते ही बच्चा जनना एक रेखीय उच्चतर अवस्था के तौर पर देखी जाती है। ऐसे विवाह जिनसे बच्चा नहीं है ज़्यादा या जल्दी प्रकाश में आते हैं तथा बेमूल्य समझे जाते हैं उनकी तुलना में कि जिसे संतानोत्पत्ति है। इसी कारण अनुर्वरता, उर्वरता की ही तरह समाज में उभार लिए रहती है, और सामाजिक नियंत्रण व प्रबंधन का लक्ष्य बन जाती है (भारद्वाज, 2005, 1870[82])। एआरटी को दो अंर्तसंबंधित लक्ष्यों की प्राप्ति के क्रम में आगे बढ़ाया जाता है ये दो लक्ष्य हैं विवाह की सामान्यता को पुर्नस्थापित करना तथा अपने स्वयं के लिए संतान की उत्पत्ति करना। (मुखर्जी, 2008[83]) तकनीकी तौर पर संतानोत्पत्ति में सहायता को सामान्य तौर पर गोद लेने की अपेक्षा ज्यादा वांछनीय तथा व्यावहारिक माना जाता है। ''गोद लिए जाने के मामले में जिस बच्चे को गोद लिया गया है तथा उसके सामाजिक पालक यह स्वीकार करने को मजबूर किए जाते हैं कि वे लोगों के सामने स्पष्ट व खुलेपन से स्वीकारें कि वे अनुर्वर हैं तथा जिसे चुप्पी के तहत, युग्मक (गैमिट) गर्भधारण के समकक्ष नहीं माना जाता है'' (भारद्वाज, 2003:1867[84])। एआरटी के साथ ही बुनियादी जैविक त्रयी–माता (गर्भ), पिता (वीर्य) एवं बच्चा (भ्रूण) का विघटन एक चमत्कारिक तरीके से होता है (भारद्वाज, 2003[85])। स्त्री एवं पुरूष दोनों ही मामलों में यह देखा गया है कि गोद लेने की तुलना में आईवीएफ ज्यादा वैधतापूर्ण है जो कि उन्हें ''वास्तविक'' एवं ''उपयुक्त'' माता–पिता बनाती है (पैक्सन, 2003[86])।

निजी तौर पर परिवार की धारणा में बाज़ार के परंपरागत विरोध को एआरटी उपयोग के द्वारा चुनौती दी गई है जिसमे कि ये परिवारों के निरूपण हेतु प्रजनन की सामग्री व सेवाओं को अंतः स्थापित किए रहती है। वास्तविकता में परिवार नामक शब्द को लेकर जो स्थापित समझ है उसमें भी बुनियादी बदलाव आ रहे हैं। (स्ट्रेर्थन, 1992[87]) एआरटी के उपयोग से प्रजनन जो कि नातेदारी का आधार है वह सांस्कृतिक पुर्नपरिभाषाओं व (कुछ) पुर्ननिमाणो के व्यापक निर्धारणों में मध्यस्थ बन रहा है (फ्रेंकलिन, 1995:326[88]) एआरटी में यह सामर्थ्य है कि वह संबंधों की धारणाओं को, मातृ–पितृत्व में जैविक घटक के रूप में व्याप्त "शुद्धता" को अस्थिर कर व्यापकता प्रदान करें जो कि तकनीकी सहायता तथा तीसरे पक्ष से संभव हो सकती है। एआरटी में संबंधों एवं नातेदारियों की बहुलतावादी धारणाएँ हैं जो कि मातृ–पितृत्व के अर्द्ध, अपूर्ण,, या छद्म जैविक रूपों के आस्तित्व में आने से बनती हैं। दान के शुक्राणु को उपयोग करने से नातेदारी न केवल अपने जैविक आधारों से अलग होती है बल्कि इसके अपने गहरे सांस्कृतिक संकेतक भी बनते हैं तथा

वीर्य से संबंधित वंश के अंतरित होने की समझ भी नष्ट होती है। दूसरी तरफ अण्डाणु दान है जो कि स्त्री साहचर्य जैसे नाते बनाता है, जिसमें वास्तविक नातेदार (उदाहरण के लिए बहनें) भी शामिल रहती हैं जो अपने अण्डाणु दान करती हैं साथ ही वो महिलायें भी जो संबंधी नहीं हैं पर दूसरी औरतों के साथ अपने अण्डों को अनुर्वरता क्लीनिक्स में साझा करती हैं या उन्हें शुल्क के बदले मे अपने अण्डे देती हैं (इनहोर्न एंड कारमेली, 2008[89])। इन तकनीकों में उस पारम्परिक समझ को भी अस्थिर करने की ताकत है जो विपरीत लैंगिक मातृ–पितृत्व को ही मान्यता देती है तथा जिसमें समलैंगिकों को संतानोत्पत्ति से असम्बद्ध कर दिया जाता हैं।

फिर भी एआरटी के साथ "सामान्य को प्राकृतिक" के विचार तथा पारम्परिक मातृ–पितृत्व पर पुनः स्पष्टतता के साथ सोचा जा सकता है। व्यवहार में एआरटी का ज़्यादा उपयोग उस "प्राकृतिक" कही जाने वाली विवाहोपरांत संतानोत्पत्ति की सहायता तथा "पुर्नसामान्यीकरण" करता है ताकि लैंगिक भूमिकाओं को उनका उचित स्थान दिया जा सके। संतानविहीन विवाहों की विसंगतियों को दुरूस्त करने में एआरटी का सामर्थ्य है तथा अनुवांशिक या जैविक मातृ–पितृत्व पर विचार विमर्श इन तकनीकों की लोकप्रियता का स्पष्ट कारण है। जबकि एआरटी में यह सामर्थ्य है कि वह परिवार व नातेदारी के पंरपरागत खाकों को अस्थिर कर सके पर वास्तविकता में यह बिलकुल विपरीत भूमिका में है जिसके अंतर्गत यह माता–पिता–बच्चा की परंपरागत पारिवारिक संरचना जो कि शायद अनुर्वरता से खतरे में पड़ती महसूस होती है का पुर्नस्थरीकरण करती है।

## स्त्रीत्व के मातृत्व की सामाजिक अनिवार्यता

भारत में अनुर्वरता अत्यधिक दोषित है जिसके कारण सामाजिक व राजनैतिक जीवन से खासतौर पर महिलाओं को विभिन्न प्रकार की बेदखलियों का सामना करना पड़ता है। कई अध्ययनों के माध्यम से महिलाओं पर संतानहीनता के प्रभावों को जाँचा गया है तथा लगभग सभी अध्ययनों के समान परिणाम सामने आए हैं कि सिर्फ महिलाएँ ही हैं जिन्हें संतानविहीनता की ज़िम्मेदारी के भार को ढोते रहना पड़ता है (मुखोपाध्याय एवं गारीमेला, 1998[90]; मुलगॉवकर, 2001[91]; जीजीभाय, 1998[92]; उनिसा, 1993[93])। जबकि जिन्दल एवं गुप्ता (1998) ने यह बताया है कि प्रजनन करने के दबाव का संबंध भारत के संयुक्त परिवार तंत्र की संरचना से संबंधित है[94]। पटेल (1994) का मानव जाति विज्ञान संबंधी अध्ययन जो कि राजस्थान के एक गाँव में किया गया था, बताता है कि संतानहीनता को एक त्रासदीदायक स्थिति माना जाता है क्योंकि मातृत्व, प्रतिष्ठा में इजाफा करता है तथा गौरव प्रदान करता है[95]। अतः अन्य रास्तों के न होने पर संतानयुक्त होना और खासकर पुत्र के तौर पर वारिस होना मान और आदर बढ़ाता है (पटेल 1994[96]) तथा स्त्रीत्व की

पुष्टि करता है (प्रकाशम्मा, 1999[97])। पुत्र को दिये जाने वाले गैर–आनुपातिक महत्व दरअसल परिवार की वंश परंपरा एवं संपत्ति पर उत्तराधिकार की पितृसत्तात्मक संरचना को व्यक्त करते हैं। गर्भवती होने में अक्षमता महिलाओं में आत्मसम्मान की कमी के भावों को उभारते हैं तथा उनके शारीरिक व वाचिक स्तर पर शोषित रहने की अतिसंवेदशीलता को बढ़ाते हैं (गुप्ता, 2000[98])। महिलाएँ परिवार व समुदाय दोनों की ओर से प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष दबावों का निशाना बनती हैं। यही सब उन्हें अनुर्वरता हेतु विभिन्न प्रकार के "उपचारों" के लिए प्रेरित करते है जो भले ही खतरनाक क्यों न हों।

एआरटी के चलन की किसी संपूर्णतावादी समझ का होना जरूरी है ताकि इसमें उन सामाजिक–सांस्कृतिक मानकों पर विचार किया जा सके जो स्त्री की पहचान को मूलतः उसकी प्रजनन क्षमता एवं माँ की भूमिका से जोड़ते हैं (विज, 2002[99])। ये अध्ययन यह भी बताते हैं कि सामाजिक प्रकृति वाले एक संकट के तौर पर संतानविहीनता को देखा जाता है जिसमें कि जैविक मातृ–पितृत्व को, ऐच्छिक संतानविहीनता तथा गोद लेने जैसे वैकल्पिक रूपों वाले मातृ–पितृत्व की तुलना में कई गुना बेहतर माना जाता है।

मातृत्व एंव जैविक संतति पर इतना अधिमूल्य देने की वजह से यह आश्चर्यजनक नहीं कि अनुर्वर पुरूषों एंव महिलाओं के द्वारा संतानविहीनता से मुक्ति के लिए तरह–तरह की प्रक्रियाओं एवं रास्तों को खोजने व अपनाने के प्रयास किए जाते हैं। हाँलांकि इनमें कई ऐसे प्रयास भी शामिल रहते हैं जो अंधविश्वासों, धार्मिक पूजा पद्धतियों, तथा स्वदेशीय चिकित्सा पद्धतियों जैसे होम्योपैथी, आयुर्वेदा आदि से जुड़े होते हैं। एआरटी सेवाओं का उभार बताता है कि निजी चिकित्सा की स्थापना खासकर सामाजिक मानकों का पूंजीकरण है ताकि इन्हें अनुर्वरता के "उपचार" में तकनीकि दखल के माध्यम से उभारा जा सके। निजी चिकित्सा बाज़ार ने अपनी सेवाओं को बेचने के लिए पितृ–सत्तात्मक (तथा उत्कृष्ट बच्चों की लालसा) मूल्यों वाले तंत्र को फैला रहा है। यह पूँजीवाद में कुछ असामान्य भी नहीं है। एआरटी के मामले में प्रदाताओं द्वारा उच्च तकनीकी वाली एवं अत्याधुनिक सुविधाओं को बाज़ारीकृत किया गया है, यह भी इस तर्क को आधार बनाकर कि यह तकनीकि उन हताश महिलाओं की माँगों के प्रतिक्रिया–स्वरूप है जो माँ बनना चाहती हैं। एआरटी की व्यवस्था में यह मानते हुए भव्यता का मुलम्मा चढ़ाया जाता है कि एक बच्चे के रूप में उपहार देना एक साहसिक कार्य है जो महिलाओं की सहायता करता है ताकि वे माँ के रूप में ज़्यादा अर्थवान व प्रसन्नतापूर्ण जीवन जी सकें।

इसलिए देश में तमाम एआरटी क्लीनिक्स स्वयं को विवाहित जोड़ों के लिए उस उपर्युक्त स्थान के बतौर प्रस्तुत करते हैं जो कि गर्भधारण तथा/या जन्म हेतु तकनीकि सहायताओं की आवश्यकता महसूस करते हैं। यह "सहायता" कोई उपचार नहीं है तथा यह अनुर्वरता के किसी जैविक कारणों से नहीं निपटतीं। यह जैसा कि शाह (2009), ने भी एआरटी की विवेचना करते हुए कहा है कि यह किसी को बच्चा नहीं होने से उपजने वाली सामाजिक समस्याओं का समाधान नहीं है[100]। अतः एआरटी क्लीनिक्स का महत्व बच्चों को उत्पादित करने में कहा जा सकता है लेकिन अनुर्वरता की रोकथाम या उपचार में तो नहीं ही कहा जा सकता।

## सामाजिक नागरिकता एवं एआरटी

'सामाजिक नागरिकता' शब्द से तात्पर्य है लोगों के उन सामाजिक अधिकारों एवं चीजों तक पहुँच जो कि उनकी समाज में प्रभावी सहभागिता को सुनिश्चित करें। इस विश्लेषणात्मक अवधारणा को टी.एच. मार्शल (1964) ने अपने शुरूआती कार्यो में विकसित किया था। उनके ये कार्य कल्याणकारी राज्य पर थे जो कि सामाजिक समानता की स्थापना के लिए औपचारिक राजनैतिक एवं कानूनी समानता के परे नागरिकता के अधिकारों के अर्थो को व्यापकता देने से संबध थे[101]। इनके अंतर्गत राज्य के द्वारा कम से कम स्तर की आर्थिक सुरक्षा एवं सामाजिक कल्याण सुनिश्चित कराया जाना तय था। हॉलांकि सामाजिक नागरिकता का यह रूप ज़्यादातर नागरिकता के नाम पर जन क्षेत्रों में मजदूरी श्रम पर ही ध्यान दे रहा था तथा निजी दायरे में अवैतनिक घरेलू श्रम के तौर पर महिलाओं के खास योगदान को अनदेखा किया जा रहा था। आगे आने वाली सामाजिक एवं आर्थिक परिस्थितियों, जिन्होंने युद्दोपरान्त ब्रिटेन में कल्याण पर आम राय के आविर्भाव को समर्थ किया, वे मार्शल के लेखों के संदर्भ में ही थीं जो राजनैतिक एवं भौतिक परिवर्तन के रूप में अनुभव की गईं। तथापि नागरिकता पर नारीवादी परिप्रेक्ष्य भी मार्शेलियनवादी समझ की आलोचना के तौर पर ही विकसित हुआ।

इस प्रकार सामाजिक नागरिकता को दो अतिव्यापी एवं विश्लेषणात्मक तौर पर भिन्न अधिकारों एवं गॉरटीयों के समूहों में देखा जा सकता है। पहला समूह "पंरपरागत" या "पुराने" सामाजिक नागरिकता के अधिकारों का है जिनमें राज्य प्रदत्त अधिकार तथा प्रदायी हक आते हैं जो कि सामाजिक कल्याण सेवाओं एवं लाभों जैसे पेन्शन तथा स्वास्थ्य सेवा एवं आर्थिक सुरक्षा की राज्य प्रदत्त गारंटियों से संबंधित होते हैं। जो दूसरा समूह है उसमें सामाजिक नागरिकता के "नए" अधिकार शामिल हैं जैसे सामाजिक स्तर पर वंचित समूहों हेतु समान अवसर की गारंटियाँ, जैसे महिलाएँ, दलितों, आदिवासियों व अन्य अल्पसंख्यकों को सार्वजनिक जीवन में

पूरी तरह भागीदार रहने तथा मानवीय गरिमा के साथ जीने के अधिकार शामिल रहते हैं (एरिक्सन एवं मैथ्यूज, 2003[102])। समकालीन नारीवादी चर्चाओं में बिना शक आर्थिक सुरक्षा की आवश्यकता एवं सामाजिक नागरिकता के अवसर के मसलों को प्रमुखता से उठाया जा रहा है। लेकिन मार्शल के विपरीत, इसमें इस बहस को आगे बढ़ाया जा रहा है कि यह सरकार की ज़िम्मेदारी है कि प्रजनन कार्य को सहयोग दे जो कि अपनी प्रकृति में सामाजिक हो जिसमें परिवारों, खासकर महिलाएँ, बच्चों की देखरेख, बुजुर्गों व अन्य आश्रितों की जरूरतों को अनदेखा न किया जाए। अतः यह नागरिकता का एक ज़्यादा नैतिक ढाँचा प्रस्तुत करता है जो कि आर्थिक व राजनैतिक भागीदारी तक ही सीमित नहीं है। जैसा कि कहा जा चुका है कि यह उस परिस्थिति का पक्षधर है कि जिसमें औरतों को न केवल स्वस्थ एवं लैंगिक रूप से समान स्थितियों में जीने का उच्च स्तर मुहैया हो लेकिन इसके साथ उन्हें उनके द्वारा किए जा रहे घरेलू एवं सेवा कार्यों हेतु सरकार से स्वीकार्यता व सहायता भी मिले।

एआरटी के परिचय एवं अत्यधिक फैलाव से प्रजनन ने सार्वजनिक क्षेत्र में एक नया संवेग बल अर्जित कर लिया है। यह स्पष्ट है कि विपरीत लिंगी विवाहों में प्रजनन को एक अनुवृद्धि एवं दर्जा प्रदान किया जाता है ताकि सामाजिक जीवन में पूरी सहभागिता हो सके। एआरटी को सामाजिक तौर पर नियंत्रित संस्थान, विवाह में सामान्यता को पुर्नअर्जित करने के लिए उपयोग में लिया जा रहा है। सामाजिक नागरिकता के विचार के फैलाव के साथ इसमे औपचारिक राजनैतिक–कानूनी तथा/अथवा आर्थिक सहभागिता पर समझ को असीमित रूप से शामिल किया जाना होगा। लेकिन इसके साथ ही सामाजिक प्रक्रियाओं में वास्तविक, जीवंत तथा लैंगिक सहभागिता का भी परीक्षण किया जाना जरूरी है। यह जो पिछली वाली बात है वह अनुर्वरता से जन्मी कलंकता एवं बहिष्कार के कारण रूकावट की अवस्था में आ जाती है, इस कलंकता एवं बहिष्कार को मिटाने के लिए एआरटी एवं एक जैविक संतान का प्रजनन भी हैं। इसके आगे एक सूक्ष्म–भेदी उपागम नागरिकता एवं बहिष्कार के बहुपक्षों को व्यक्त करता है– सामाजिक, राजनैतिक, आर्थिक–जो त्रुटि रहित तथा आपसी तौर पर विशिष्ट तो नहीं है परंतु वे परस्पर प्रभावकारी एवं आपस में संबंधित जरूर हैं। जैसा कि विद्वान नाइला कबीर (2006:3) ने बताया है कि "सामाजिक बहिष्कार कई प्रकार की तथा कुछ स्तर तक परस्पर व्याप्त प्रकृति की क्षतियों को प्रतिबंधित करता है जिन्हें जनसंख्या के कुछ निश्चित समूहों व श्रेणियों द्वारा अनुभव किया गया है तथा जिनके बहिष्कार में सामाजिक पहचान केन्द्र में थी[103]।

बहिष्कार व सम्मिलन की प्रक्रिया विभिन्न संस्थानों की समन्वययुक्त क्रियाओं की मध्यस्थता से सम्पन्न होती हैं। इनमें परिवार, राज्य, कानून, चिकित्सा धर्म, जाति, वर्ग, नस्ली भाव, लैंगिकता व अन्य शामिल हैं। एआरटी के प्रभावों की पड़ताल के दौरान यह जरूरी हो जाता है कि "महिलाओं" व "पुरूषों" की श्रेणियों जिन्हें (अखंडित शिला) कहा जाता है के परे जाएँ और उन तौर–तरीकों का परीक्षण करें जिनमें पहुंच एवं समर्थता, जाति, धर्म तथा यौनिकता जैसे मुद्दे आपस में मिलजुल कर ये श्रेणियाँ बनाते हैं। मानवजाति विज्ञानी, लॉरेन्स कोहेन (2007:82) ने दक्षिण भारत में अंगदान एवं जाति पर किए गए अपने एक अध्ययन में इस प्रतिच्छेदात्मकता (इन्टर–सैक्शनेलिटी) को ज़ाहिर किया है।

(जबकि) कुछ परिवार... जैव नैतिकता के साथ ज्यादा जुड़ाव व्यक्त करते या दिखाते हैं... एक निम्न जाति के व्यक्ति की किडनी यदि एक उच्च जाति के व्यक्ति के शरीर में लगा दी जाए तो इस पर उनके व्यावहारिक सरोकार ज़्यादातर यह होते हैं कि किस जाति शरीर, समिति की अनुशंसा के लिए आवश्यक आपत्ति दर्ज कराने की हैसियत रखते हैं। इसके विपरीत अगर हम दलाल या मध्यस्थ के क्षेत्र विशेष में बढ़ते अनुभव के आधार पर तथा उनकी अपवादिक कथ्यशीलता रचने की क्षमता को देखें तो पाते हैं कि, यह विवादपूर्ण शरीरों, जाति व अन्य प्रदर्शनीयताओं जैसे मुद्दो को पुनः उनकी प्रासंगिकताओं से कुछ परे ला देता है[104]।

एआरटी में जाति–आधारित बातचीत दाता के उपयुक्त होने की चिंता के रूप में दिखाई देती है। जो युग्मक का दान–दाता है या तीसरा पक्ष है उसके विषय में यह जानने की ज़रूरत महसूस की जाती है कि क्या वह उपयुक्त जाति, धर्म, वर्ग से है जैसा कि आईसीएमआर के दिशा–निर्देशों से भी प्रकट होता है। ये दिशा–निर्देश जोड़ों के इस अधिकार पर बल देते हैं कि वे दान–दाता का वीर्य स्वीकारने से पहले वीर्य बैंक से पूर्णतः संभावित जानकारी प्राप्त कर सकें कि वीर्य दान करने वाले की ऊँचाई, वजन, त्वचा का रंग, शैक्षणिक योग्यता, व्यवसाय, पारिवारिक पृष्टभूमि... नस्लीय उत्पत्ति ... क्या, कैसी व कहाँ की है[105]।

यही गुण अन्य जगहों में भी देखे जा सकते हैं कि जाति, धर्म, वर्ग एवं अन्य क्रमबद्ध ताएँ जिनके चारों ओर समाज संगठित है वे अनुकूल हैं अथवा नहीं। इस प्रकार एआरटी उद्योग सिर्फ संतानों को जन्म दिलवाने का ही वादा नहीं करता बल्कि वह प्रजनन को चाही गई जाति, धर्म, वर्ग इत्यादि में कराने का सामर्थ्य भी रखता है। इसलिए यह अनिवार्य हो जाता है कि जाति, लैंगिकता, धर्म, वर्ग, क्षेत्र तथा व्यवसाय के बीच के अंर्तभागों की जाँच की जाए ताकि एआरटी की जटिलताओं को समझा जा सके।

स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच से संबंधित मुद्दे के अंतर्गत सामाजिक नागरिकता एवं सामाजिक बहिष्कार के पारस्परिक वाले संबंध को भी उठाया जाता है। मूलभूत स्वास्थ्य सेवाओं, खासकर महिलाओं के एक बड़े वर्ग की प्रजनन संबंधी स्वास्थ्य सेवाओं का नकार आज के दिन के उत्तर–कल्याणकारी समाज की संरचनात्मक वास्तविकता है। ऐसा करने से सामाजिक नागरिकता से जुड़े पुराने एवं परंपरागत आदर्शों का उल्लंघन होता है। अनियंत्रित निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र तथा एक अपर्याप्त सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र के संदर्भ में, सामाजिक जीवन में पूरी सहभागिता के लिए वर्ग, आलोचनात्मक रूप से अभियोग्य हो जाता है जिसका सामाजिक नागरिकता की हैसियत पर सीधा प्रभाव पड़ता है।

नागरिकता की एक और परम्परागत समझ भी है जिसे कि एआरटी ने अस्थिर किया है, वह है राजनैतिक नागरिकता। इसका प्रदर्शन उन तमाम विरोधों या प्रतिवादों के रूप में सामने आता है जो उन संतानों की कानूनी स्थिति से संबंधित रहते हैं जिनका जन्म विदेशी दम्पत्तियों से भारत में व्यावसायिक सरोगेसी व्यवस्था के द्वारा हुआ है। किसी भी निर्देश एवं दिशा प्रदान करने वाली कानूनी प्रक्रिया के अभाव में बच्चे की नागरिकता की स्थिति का मामला बहस और कानूनी विवाद का विषय बना हुआ है। वे तमाम देश बच्चे को अपनी नागरिकता देने से मना कर सकते हैं जहाँ सरोगेसी उनके अपने संवैधानिक ढाँचे में या मातृ–पितृत्व के मानकों में गैर–कानूनी या गैर मान्यता प्राप्त है। नागरिकता के लिए फिर दूसरे तरीकों से भी दावा करना पड़ सकता है जैसे गर्भधारणता (सरोगेट रूप में), आनुवांशिकता (उन मामलों में जहाँ दाता के युग्मकों का उपयोग किया गया है) और यहाँ तक कि सामाजिकता (उन मामलों में जहाँ नियुक्ति करने वाले दम्पत्तियों में विवाद उत्पन्न हो गया हो)। इस प्रकार यह विवाद एक तथ्य की ओर इशारा करते हैं कि उन क्षेत्रों, जिनमें कि हस्तक्षेप एवं नियमन की आवश्यकता है, उनसे राज्य का मुँह मोड़ लेना, वास्तव में राज्य के संरक्षक एवं गारंटी प्रदाता की भूमिका पर प्रश्न उठाता है। एआरटी ने सामाजिक नागरिकता से जुड़े पुराने एवं परंपरावादी विचारों व बहसों को फिर से खड़ा कर दिया है, साथ ही तमाम नए प्रश्नों एवं सरोकारों को भी उठाया है। ऐसा करने से सामाजिक नागरिकता की निर्मिति का विस्तार एवं रूपान्तरण हुआ है।

**निष्कर्ष**

प्रस्तुत शोध अध्ययन इसी विस्तारित परिप्रेक्ष्य में अवस्थित है। यह स्वास्थ्य एवं कल्याण के विषय में आलोचनात्मक एवं आत्मप्रेरित नारीवादी चर्चा के विकसित होते व्यापक रूपरेखा में अंतर्निहित है। यह अध्ययन समा के द्वारा किए गए गर्भनिरोधकों एवं गर्भाधान तकनीकों दोनों शोध अध्ययनों की निरंतरता है जिसमें संतानोत्पत्ति

की तकनीकों की बहुमुखी पहलुओं के अन्वेषण का प्रयास किया गया है। इसमें विभिन्न वर्गो एवं जाति की उन महिलाओं के जीवंत अनुभवों का दस्तावेज़ीकरण किया गया है जिन्होंने जैविक संतान पाने के लिए प्रजनन तकनीकों को अपनाया है। यह दस्तावेज एआरटी के महिलाओं पर प्रभावों को संबोधित करता है जो कि "संतान व्यापार" के व्यवसायीकरण मात्र से ही संबंधित नहीं है बल्कि यह उन तमाम मुद्दों के समूहों को भी जाँचता है जिनमें बाज़ार, विज्ञान, संस्कृति, प्रकृति तथा नातेदारी से जुड़े विचार एवं धारणाएं अंतर्निति हैं

यह दस्तावेज चार भागों में विभक्त है। भाग–अ, कार्यप्रणाली एवं प्रतिदर्श के विषय में है। भाग–ब में राज्यों के अंदर व उन पर किये गए अध्ययन से उभरे प्रमुख निष्कर्षो को रेखांकित करता है। इसका अंतिम हिस्सा यानि भाग–स समा के द्वारा समर्थन किये गये पहलों का गहन विश्लेषण करते हुए शोध एवं अनुशंसाओं हेतु भविष्य के क्षेत्रों को भी सुझाता है।



12790
WH-105

## भाग-अ

### कार्यप्रणाली

संतानोत्पत्ति में सहायक तकनीकियाँ (एआरटी) हमारे शोध का विषय पहली बार सन् 2004 में बनीं जब हम इन तकनीकों के सामाजिक, चिकित्सीय तथा नैतिक प्रभावों का अन्वेषण कर रहे थे। एआरटी पर किये गए इस पूर्ववर्ती अध्ययन पर यह प्रमुख ज़िम्मेदारी थी कि वह इससे संबंधित तौर–तरीकों पर समग्र एवं वास्तविक समझ निरूपित करे जिसमें कि आज के तकनीकी प्रधान युग में चयन, सशक्तिकरण एवं स्वायत्तता जैसी संकल्पनाएँ महिलाओं के लिए क्रियाशील हैं।

### जो प्रश्न और मुद्दे खोजे गए थे वे हैं :-

क्या एआरटी महिला शरीर पर उनके पूर्ण अधिकार के वादे को पूरा कर रही है? अथवा उनके शरीर पर गहरा प्रभाव डालने वाली तकनीकों के द्वारा किसी और की इच्छा को उनके ऊपर थोपा जा रहा है? इस अध्ययन हेतु तीन महानगरीय शहरों दिल्ली, मुम्बई तथा हैदराबाद का चुनाव किया गया। ये वो शहर हैं जिनमें कि एआरटी के क्षेत्र के कुछ जाने–माने प्रदाता हैं जो केवल इन्हीं शहरों या देश के उपभोक्ताओं की जरूरतों को पूर्ण नहीं करते बल्कि यहां विदेश से भी लोग इन तकनीकों हेतु आते हैं।

इस अध्ययन के निष्कर्ष ने हाल के वर्षों में स्पष्ट आकार लेनेवाली कुछ नई स्थितियों की ओर संकेत किया। साथ में यह भी सामने आया कि एआरटी के कुछ निश्चित पक्षों पर जाँच को आगे बढ़ाना आवश्यक है। उदाहरण के तौर पर, इन तकनीकों को चिकित्सीय उपचार के नाम पर अलग नहीं समझा जा सकता, बल्कि ये एक बड़े व्यापार का हिस्सा हैं, जो कि आज वास्तविक रूप से उर्वरता उद्योग के रूप में फैल रहा है। भारत में एआरटी क्रियान्वयन में भी बदलाव देखने में आया। ये तकनीकें महानगरों से छोटे शहरों में भी पहुँच रहीं हैं, एवं इनके साथ रैफर किये जाने की श्रृंखलाएँ भी हैं जो ध्यान देने योग्य है। उड़ीसा के भुवनेश्वर व कटक में एआरटी क्लीनिक्स के शुरूआती दौर के अध्ययन में यह देखा गया, कि आईवीएफ (परखनली शिशु तकनीक) को ज़्यादा आर्थिक लाभ कमाने के उद्देश्य से समूहों में किया जा रहा था। इसके साथ ही भ्रूण विज्ञानी (एम्ब्रयोलॉजिस्ट) एवं पुरूष प्रजनन तंत्र विशेषज्ञ (एन्ड्रोलॉजिस्ट) के पास समय की कमी भी इसका एक कारण बताया गया था क्योंकि इन्हें मुम्बई एवं हैदराबाद से आना पड़ता था। जबकि खासकर एआरटी से सम्बंधित चिकित्सा पर्यटन हेतु विदेशी लोगों का भारत आना मीडिया एवं उद्योग जगत का ध्यान आकर्षित करता है, भारत में ही एआरटी के लिए

एक शहर से दूसरे शहर में स्थानीय दम्पतियों के पलायन की खबरें लगातार बढ़ रही हैं भले ही इन पर ध्यान नहीं दिया गया है। इस पर राज्य के द्वारा किसी भी नियमन की अनुपस्थिति भी कई महत्वपूर्ण नैतिक सरोकारों को खड़ा करती है। अतः प्रस्तुत अध्ययन जो बड़े पैमाने पर तीन राज्यों में किया गया, उसमें निम्न पहलूओं का अन्वेषण किया गया :–

(अ) पहुँच (वर्ग, जाति, एवं लैगिंकता के संदर्भ में)

(ब) एआरटी के औद्योगिक पहलू ("स्थानीय वैश्वीकरण" की प्रक्रिया के संदर्भ में)

(स) समर्थन (नियामक प्रक्रिया या व्यवस्था के संदर्भ में)

इसलिए समा के क्षेत्र आधारित अध्ययन का यह उत्तरदायित्व है कि अभियान के लिए पहल किए जाने हेतु सबूतों को आधार बनाया जाए, जिसमें एआरटी (नियंत्रक) बिल तथा नियमों, 2008 एवं 2010 की आलोचना भी शामिल है। शोध परियोजना के दौरान इन तीनों उद्देश्यों में कोई बदलाव नहीं हुआ, यद्यपि प्रत्येक के परिणामों एवं निष्कर्षो में विभिन्नताएँ ज़रूर देखने में आई।

**अध्ययन के विशिष्ट उद्देश्य निम्न थे :-**

(अ) उन महिलाओं के अनुभवों का दस्तावेज़ीकरण करना जो कि एआरटी प्रक्रिया में (आईवीएफ तथा आईयूआई) से गुज़र रही हैं, तथा एआरटी तक पहुँचने में वर्ग एवं जाति के पक्षों पर प्रमुखता से ध्यान केन्द्रित करना।

(ब) महानगरों तथा छोटे कस्बों में एआरटी क्लीनिकों के बीच के अन्र्तसंबंधों के जाँच के माध्यम से भारत में एआरटी उद्योग की वृद्धि का अन्वेषण करना तथा स्थानीय स्तरों पर भू–मंडलीकरण की प्रक्रिया को समझना।

(स) महिला आंदोलन तथा स्वास्थ्य आंदोलन दोनों में इस मुद्दे पर सार्वजनिक बहस की शुरुआत करना, साथ ही भारत में एआरटी उद्योग के नियंत्रण हेतु नीतिगत पैरवी का उत्तरदायित्व निभाना।

यह शोध कार्य, समा के द्वारा उन तकनीकों पर जारी कार्य का हिस्सा है जो कि महिलाओं के शरीर को निशाना बनाती हैं। साथ ही यह एआरटी नियंत्रित किये जाने हेतु हमारे अभियान कार्यो एवं नीतिगत पैरवी को आगे बढ़ाने में मज़बूती प्रदान करता है। इसका उद्देश्य इस उद्योग को एक नैतिक नियंत्रण तंत्र के दायरे में लाना है। चुने हुए तीन राज्य (उड़ीसा, तमिलनाडु तथा उत्तर प्रदेश) भारत में एआरटी उद्योग के विकास एवं प्रगति की विभिन्न अवस्थाओं को दर्शाते हैं। जबकि

उड़ीसा में यह उद्योग अभी बिलकुल नया है, उत्तर प्रदेश में यह तेज़ी से बढ़ रहा है, तथा तमिलनाडु में यह तालमेलों के नये रूपों के उभार के साथ काफी अग्रिम अवस्था में है। यह अध्ययन तीन राज्यों के ग्रामीण, कस्बाई तथा शहरी क्षेत्रों में किया गया।

**सुविस्तृत चित्रण एवं चयन प्रक्रिया के परिणामस्वरूपः**

(अ) एआरटी के 43 प्रदाताओं (आईयूआई / आईवीएफ तथा आईसीएसआई) का साक्षात्कार किया गया। इन 43 प्रदाताओं में से 18 तमिलनाडु से, 04 उड़ीसा से तथा 21 उत्तर प्रदेश से थे।

(ब) 86 महिलायें थी जिन्होंने पिछले 02 वर्षो में –

- क. आईयूआई / आईवीएफ तथा आईवीएफ प्रक्रिया को अपनाया हो।
- ख. आईवीएफ प्रक्रिया से गुज़री हों।
- ग. आईवीएफ एवं आईसीएसआई प्रक्रियाओं से गुज़री हों।
- घ. जिन्हें इनमें से किसी भी प्रक्रिया को कराने की डाक्टर द्वारा सलाह दी गयी हो।

इन तीनों राज्यों में उपरोक्त श्रेणी की महिलाओं का साक्षात्कार किया गया। इसमें शामिल कुल महिलाओं में से 43 तमिलनाडु से, 30 उड़ीसा से तथा 13 उत्तर प्रदेश से थीं।

| क्र.सं. / राज्य | प्रतिदर्श जिले | | |
|---|---|---|---|
| | उड़ीसा | उत्तर प्रदेश | तमिलनाडु |
| 1. | कटक | मेरठ | वैल्लोर |
| 2. | गंजाम | लखनऊ | मदुरैई |
| 3. | सुन्दरगढ़ | आगरा | चेन्नई |
| 4. | खोरदा | बनारस | कोयम्बतूर |
| 5. | | इलाहाबाद | सेलम |
| 6. | | कानपुर | |

## भाग-ब

इस भाग में शोध अध्ययन के कुछ मुख्य तथ्यों की जाँच पड़ताल की गई है।

**01. अनुर्वरता तथा महिला शरीर का चिकित्सीकरण** (Infertility and Medicalisation of Women's Bodies):

- सभी समुदायों में अनुर्वरता की परिभाषाएँ एवं समझ पर अनिश्चतता पाई गई। तथापि, यह देखा गया कि इसके कारक, स्थिति एवं तत्वों का चिकित्सीकरण तथा रोगजनकीकरण बढ़ रहा है, एवं इसमें त्वरित चिकित्सीय दखल को उद्योगों द्वारा उभारा जा रहा है जिनमें एआरटी भी शामिल हैं।

- अनुर्वरता के अनुभव पर लगातार दोषित एवं बहिष्कृत करने की प्रवृत्तियों को देखा गया। एआरटी से जुड़ीं तमाम गलत अवधारणाओं के कारण अक्सर दम्पति अपने "उपचारों" को अपने परिवार के सदस्यों से भी छिपाकर रखने के लिए मजबूर हो जाते हैं। इसके साथ–साथ बढ़ते एआरटी उद्योग के परिणामस्वरुप विवाह और विवाह के बाद बच्चे की चाहत ने मौजूदा पितृसत्तात्मक समाज को भी पुर्नस्थापित किया है। अतः ज़्यादा से ज़्यादा महिलायें एआरटी की उपयोगकर्त्ता बन रही हैं, ताकि वे अपने संतानहीन होने के आघात (जो कि प्रत्यक्ष या परोक्ष हो सकता है) से छुटकारा पा सकें, एवं उन्हें परिवार तथा समुदाय में ऊंचा दर्जा प्राप्त हो सके।

- यह आश्चर्यजनक नहीं है कि महिलाओं को ही अनुर्वरता के कारण लांछनो के गैर–आनुपातिक दबाव को झेलना होता है। साथ ही अनुर्वरता की पूरी ज़िम्मेदारी का बोझ महिलाओं पर डाल दिया जाता है, चाहे इसमें पुरूष पक्ष की अनुर्वरता ही क्यों न हो। आगे चलकर अक्सर महिलाएँ इस दबाव को अपने ऊपर लेती हैं और कई अपने तथा दूसरों के सम्मुख शर्मिन्दा, दोषी एवं क्रोधित महसूस करती हैं।

- दूरवर्ती एवं ग्रामीण क्षेत्रों में समुदायों के बीच भी अनुर्वर दम्पतियों के लिए संतानोत्पत्ति में सहायता की उपलब्धता पर जागरूकता बढ़ रही है। यद्यपि उर्वरता चक्र तथा अनुर्वरता के लिए ज़िम्मेदार कारकों से संबंधित जानकारी का अभाव है या गलत जानकारी है। अनुर्वरता पर सामुदायिक नज़रिया कई अन्य विश्वासों (धार्मिक, सांस्कृतिक, अंधविश्वासों इत्यादि) से भी प्रभावित रहता है, जिसमें शायद यह माना जाता है कि अनुर्वरता किसी प्रकार का रोग न होकर, एक पूर्व निर्धारित या पहले से ही भाग्य में लिखी हुई अवस्था है।

- सेवा प्रदायक भी अनुर्वरता के कारणों जैसे कि जीवन शैली, अधिक उम्र में विवाह तथा देर से गर्भधारण जैसे जाने–माने दृष्टिकोण को ही आगे बढ़ाने में लगे रहते हैं। ऐसे कारणों को खासकर महिलाओं की अनुर्वरता से जोड़ा जाता है, और ऐसी स्थिति के लिए भी उन्हें ही दोषारोपित किया जाता है। केवल कुछ मामले अपवाद हैं जिनमें कि प्रासंगिक कारणों जैसे व्यवसाय से जुड़े खतरों, पर्यावरणीय कारणों, आईट्रोजैनिक कारक, अन्य रोकथाम की जा सकने वाली परिस्थितियों, जैसे लम्बे समय तक प्रभावित करने वाले यौन संक्रमण (एसटीआई), प्रजनन अंग से जुड़े संक्रमण (आरटीआई) तथा ऐसे अन्य संक्रमण तथा बीमारियों पर ध्यान नहीं दिया जाता है।

- सरकारी क्षेत्र में अनुर्वरता एवं इसके लिए ज़िम्मेदार कारकों की मूलभूत रोकथाम सेवाओं तक की कमी है। निजी एआरटी उद्योग की वृद्धि को ही प्रमुखता दी जाती है।

**02. एआरटी तक पहुँच** (Access to ARTs):

- अनुर्वरता का "उपचार" कराने का फैसला अकेले या बिना किसी व्यापक परिपेक्ष्य के नहीं लिया जाता है। यह सामाजिक, सांस्कृतिक तथा आर्थिक कारकों के समन्वय का परिणाम हुआ करता है, तथा, परिवार एवं नातेदारी जैसे संस्थानों द्वारा नियंत्रित रहता है। यह भी बिलकुल स्पष्ट रूप से निकल कर आया कि खासकर नियंत्रण की अनुपस्थिति (भविष्य में भी एआरटी नियमन के क्रियान्वयन और निगरानी की उदासीनता) के परिपेक्ष्य में एआरटी क्लीनिक प्रदायकों के व्यक्तिगत समझ, नज़रिए, अनिवार्यता एवं मर्ज़ी के अनुसार चल रहे हैं।

- शोध के प्रतिदर्श (सैम्पल) से यह तथ्य भी सामने आया कि एआरटी तक प्रमुखतः विवाहित दम्पतियों की ही पहुँच है। प्रतिदर्श में समलैंगिक (लैस्बियन, गेय, बायसैक्सुअल, ट्रांस–जेंडर, क्वीर), एकल एवं एचआइवी पॉजिटिव नहीं थे तथा कई प्रदाताओं नें इन समूहों के लिए एआरटी को उपलब्ध कराए जाने की ज़रूरत पर आपत्ति (जिसमें नैतिक आपत्तियॉ भी शामिल थी) दर्ज करायीं। जबकि इसी दौरान कुछ प्रदाताओं ने विदेशी मूल के समलैंगिक (गे) दम्पतियों को सेवायें प्रदान कराने की बात कही।

- यद्यपि प्रतिदर्श में शामिल उपयोगकर्त्ता विविध जातीय परिदृश्यों से थे, इसमें यह संकेत नहीं मिला कि बाज़ार जाति के पहलू से बेपरवाह रहता है। इसलिए आरोपित पहचान से हमें मुक्त करने की ताकत को यह स्वयं में समाहित किये लगता है। भारत में जहाँ जाति का निर्धारण वर्ग से होने लगता हैं, इस तालमेल के कारण एआरटी तक पहुँच आवश्यक रूप से वर्ग द्वारा भी तय

होती है, जिसके साथ जाति का गहरा संबंध है। एआरटी तक पहुँच रखने वाले उपयोगकर्त्ता हॉलांकि विभिन्न धर्मों (सैम्पल में हिन्दू, इस्लाम, ईसाई, जैन तथा सिक्ख लोग) से थे, धर्म को अक्सर तकनीकियों के उपयोग को परिमित, करने वाले संस्थान के रूप में जाना जाता है। यह तकनीकी को उतना ही फैलाने की अनुमति देता है जिसमें कि धार्मिक संबद्धताओं का संरक्षण एवं उनकी शाश्वतता बनी रहे ।

- यूजेनिक (उत्कृष्ट बच्चा पैदा करने की लालसा) रूझानों में जाति एवं धर्म मुख्य रूप से प्रासंगिक हो जाते हैं। ऐसा दान किए गए युग्मकों (गैमिट्स, महिला का डिम्ब और पुरूष का शुक्राणु) एवं सरोगेसी (ऐसी व्यवस्था जिसमें एक अन्य महिला के गर्भाशय में भ्रूण का विकास होता है, और जन्म के उपरांत माता–पिता को सौंप दिया जाता है) में देखा जाता है जिनमें कि दानदाताओं/ सरोगेट्स के विशेष जाति, धर्म का होना दूसरों की तुलना में महत्वपूर्ण हो जाता है।

- एआरटी प्रक्रियाओं की अत्याधिक एवं कई छिपी हुई लागतों के बावजूद, प्रतिदर्श में विभिन्न वर्गो से लोग शामिल थे, जो जैविक सन्तान की चाह में चाहे जितना खर्च उठाने को तैयार थे।

- अध्ययन में साफ तौर पर यह निकल कर आया कि एआरटी प्रक्रियाओं का स्त्रियों के जीवन पर विपरीत प्रभाव पड़ता है, जिसमें उनके कार्यों का विघटन भी शामिल है। कई प्रदाताओं का मानना था कि औरतों के कार्य व उनका कैरियर, उनका देर से विवाह होने के प्रमुख कारण हैं तथा इसके कारण उनमें अनुर्वरता बढ़ गई है। फिर भी, प्रतिदर्श की महिला उपयोगकर्त्ताओं की उम्र का विश्लेषण किया गया, जिसमें विवाह के समय उनकी उम्र शामिल थी तो इसमें ऐसा कुछ खास नहीं निकल कर आया।

### 03. **एआरटी उद्योग की वृद्धि एवं विस्तार** (Growth and Proliferation of the ART Industry):

- पितृसत्तात्मक विचारधारा तथा बाज़ार की शक्तियों के सम्मिलन से एक बड़ा ढाँचा खड़ा हुआ है जिसके सानिध्य में अनुर्वरता को लेकर बाज़ार प्रेरित समझ में इजाफे के कारण भारत में एआरटी उद्योग फल–फूल रहा है। यह वृद्धि वैश्विक स्तर पर वृहद जैव तकनीकी उद्योग के विस्तार से जुड़ी है।

- एआरटी क्लीनिक्स एवं इनसे संबद्ध व्यवस्थाओं हेतु राज्य द्वारा नियंत्रित किसी औपचारिक नामांकन प्रक्रिया की कमी के कारण इनकी बढ़ोतरी से संबंधित सही–सही आंकड़े जुटा पाना मुश्किल था। फिर भी (उपाख्यानात्मक) साक्ष्यों

जिनमें इस उद्योग जगत की रिपोर्ट्स भी शामिल हैं, बताते हैं कि इसमें सुनिश्चित तौर पर वृद्धि हो रही है।

- एआरटी उद्योग में बढ़ोत्तरी का फैलाव शहरों, जिलों या राज्यों में एक जैसा नहीं है, विभिन्न क्षेत्रों में इनमें हो रही वृद्धि के रूख भी भिन्न दिखाई देते हैं। जो मुख्य शहरी क्षेत्रों में स्थित क्लीनिक्स हैं वे ग्रामीण क्षेत्रों तथा अलग–अलग शहरों व राज्यों में अपने पैर फैला रहे हैं।

- बढ़ते प्रजनन उद्योग बाजार के हिस्से के रूप में एआरटी तथा संबंधित व्यवस्थायें जैसे– सरोगेसी भी अन्य पर्यटन पैकेजेस के साथ विदेशियों की जरूरतों को ध्यान में रखते हुए प्रस्तावित किए जाने का चलन बढ़ रहा है। इस वृद्धि के कारणों में शामिल हैं– इनका यहाँ विदेश की तुलना में सस्ता होना, उच्च तकनीकि स्तर, चिकित्सीय विशेषज्ञता, नियंत्रण का अभाव, अंग्रेजी बोलने वाले प्रदाता, यह सब मिल–जुल कर भारतीय "गुणवत्ताओं" को बाज़ारू बना रहा है।

- उर्वरता उद्योग कई प्रकार के सेवा प्रदाताओं को एक स्वयं में शामिल किए चलता है, जिसमें सरकारी तथा निजी पर्यटन एजेन्सियों के लोग, निजी स्वास्थ्य सेवा संस्थान, सलाहकार एजेन्सियाँ, कानूनी फर्मे तथा राज्य व केन्द्रीय सरकार शामिल रहते हैं। चिकित्सीय सेवाओं के बढ़ते वैश्वीकरण के कारण इस श्रेणी ने भौगोलिक सीमाओं को भी पार कर लिया है तथा अब इसको संपादित करने वाले विभिन्न देशों में बैठे हैं।

- दूसरे लाभ प्रेरित बाजारों की कार्यशैली से इसके संबंधों की अगर तहकीकात करें तो हम देखते हैं कि एआरटी उद्योग भी इन तकनीकों की मांग को सहायता देने के लिए समान कार्यनीतियों का ही इस्तेमाल कर रहा है। इनमें शामिल हैं– सफलता की दर को अत्याधिक बढ़ाचढ़ा कर बताना तथा नवीनतम विज्ञापनों के द्वारा इन्हें उभारना जैसे कि– आकर्षित करने वाली शैली की वेबसाइट्स, विवरणिकाओं को बनाना, दीवारों पर विज्ञापन लिखवाना, सड़कों पर बड़े–बड़े विज्ञापन बोर्ड लगवाना, गोद लेने की प्रक्रिया कराने वाले एजेन्सियों के करीब रहना, स्थानीय केबिल टी.वी., बस स्टेण्ड इत्यादि पर प्रचार करना आदि। इन क्लीनिक्स के द्वारा कई प्रकार की छूट देने वाले अनुर्वरता जाँच शिविरों के आयोजन किए जाते हैं जिनमें छूट प्रदान करने व पैसा वापस करने जैसे प्रलोभन दिये जाते हैं। यह अपने "उत्पाद"–बहुमूल्य जैविक संतान–को बढ़ावा देने के लिए किया जाता है। जबकि इनकी धुंधलाई पृष्ठभूमि में कई प्रकार की समस्यायें जो कि किसी भी चिकित्सीय हस्तक्षेप में उभरती (जैसे, उप प्रभाव, खर्च तथा प्रभावोत्पादकता) हैं, परिलक्षित होती हैं।

- एआरटी उद्योग को भारतीय राज्य के समर्थन का लाभ भी प्राप्त है। एक तरफ राज्य इनको स्थापित किए जाने हेतु कई प्रकार से प्रोत्साहन देता है, जैसे कि वीजा (VISA) नियमों को सरल बनाकर चिकित्सा पर्यटन को सुगमीकृत बनाना तथा अधोसंरचना पर होने वाले खर्चों में भारी छूट देना। तथा दूसरी तरफ उद्योग के लिए राज्य की ओर से मिलने वाले प्रोत्साहनों का पूर्णतः ठोस स्थिति में न होना जैसे कि सार्वजनिक स्वास्थ्य पर ध्यान केन्द्रित न करना तथा निजी स्वास्थ्य सेवाओं पर कोई नियंत्रण न होना। इस कारण एआरटी क्लीनिक्स में अवरोध विहीन व्यावसायीकरण, नीतियों का उल्लंघन तथा गैर जिम्मेदारीपन पनपता है।

- एआरटी उद्योग को नियंत्रित करने में राज्य का यह अनिच्छा भाव, राजनैतिक एवं सामाजिक नागरिकता की संकल्पना एवं व्यावहारिकता को विपत्ति में डाल देता है। इसीलिए एआरटी ने सामाजिक नागरिकता की पुरानी बहस को फिर से खड़ा कर दिया है साथ ही आर्थिक सहभागिता एवं कानूनी, राजनैतिक नागरिकता के विषयों में नई बहसों को भी उभारा है। इस सबके चलते एआरटी ने सामाजिक नागरिकता के मूल अभिप्राय को रूपांतरित किया है ताकि व्यापक बहसों के द्वारा इसमें विस्तारण किया जा सके।

**04. प्रेक्टिस** (Practice):

- किसी भी कानूनी तौर पर बाध्यकारी निगरानी प्रक्रिया के अभाव में प्रदाताओं द्वारा इसका लाभ उठाना जारी है। लिंग का चयन, बहु–भ्रूणरोपण और यहाँ तक उन महिलाओं, जिनकी रजोनिवृत्ति (मोनोपॉज़) हो चुकी है, को भी गर्भधारण के लिए राज़ी कर लेने जैसी प्रवृत्तियाँ कई क्लीनिक्स में देखी गईं।

- केवल कुछ मामलों को छोड़कर जिनकी शिक्षा, सामाजिक, आर्थिक पृष्ठभूमि तथा सूचना के वैकल्पिक स्त्रोतों जैसे इंटरनेट तक पहुँच की स्थिति अच्छी थी, ज़्यादातर उपयोगकर्त्ताओं को इस उपचार के विषय में अपूर्ण, अपर्याप्त एवं बिखरी हुई सी जानकारी थी।

- सेवा प्रदाताओं एवं उपयोगकर्ताओं दोनों के परिप्रेक्ष्य में हर पक्ष की जानकारी लेने–देने की सहमती से सम्बंधित प्रक्रिया निजी, तकनीकि तथा औपचारिक थी जिसमें कि सहमती प्रपत्र को भरने एवं भराने पर बहुत ही कम ध्यान दिया जा रहा था। सहमती लेने के मामले मे ढीला–ढाला रवैया अपनाया जा रहा था, और कई मामलों में प्रपत्र पर दंपत्तियों के हस्ताक्षर होने के बाद भी इनके द्वारा इन प्रपत्रों को ठीक प्रकार से पढ़ा नहीं गया था। अक्सर इस

प्रपत्र पर उपयोगकर्त्ता दंपत्तियों की अपेक्षा उनके किसी पढ़े–लिखे रिश्तेदार के द्वारा हस्ताक्षर कर दिए जाते हैं।

- इसी प्रकार कई क्लीनिक्स में इस प्रक्रिया के महत्वपूर्ण पक्ष, परामर्श को खानापूर्ती के बतौर मात्र सूचना देने के लिए उपयोग किया जा रहा था। सहयोग एवं चिकित्सीय परामर्श अनुपस्थित था, तथा उपयोगकर्त्ताओं के मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति एवं भावनात्मक कुशलताओं पर बहुत ही कम ध्यान दिया जा रहा था।

- एआरटी उद्योग में विभिन्न प्रक्रियाओं पर होने वाले खर्च का कोई मानकीकरण नहीं था। खर्च में भारी अंतर केवल अध्ययन किए गए तीन राज्यों में ही नहीं था, बल्कि एक ही राज्य के अलग–अलग क्लीनिक्स के बीच भी था। जो मूल्य दर्शाया जाता है अक्सर उसमें तमाम छिपे हुए खर्चों को छोड़ दिया जाता है, जिसमें आने–जाने, ठहरने, दवाओं पर तथा इस दौरान हुए वेतन या मज़दूरी का नुकसान शामिल हैं।

- ठीक इसी दौरान अंतिम उत्पाद यानि चाही गई संतान को लागत की सभी वित्तीय गणनाओं से ऊपर स्वीकार लिया जाता है, तथा यह दिखाया जाता है कि सारे खर्चों की मांग एक प्रकार से न्यायोचित ही नहीं, बल्कि प्रतिफल देने वाला निवेश है। यह रवैया अक्सर उपयोगकर्त्ताओं को और भी ज़्यादा संवेदनशील स्थिति में डाल देता है, तथा अनैतिक प्रयोगों जैसे कि, एआरटी चक्र की पुनरावृत्ति को बढ़ावा देता है।

- एआरटी प्रक्रियाओं का कोई मानकीकृत 'उपचार' प्रोटोकाल नहीं है, जो कि उपयोगकर्ताओं के शारीरिक तथा आर्थिक, दोनों तरह के शोषण की संभावना को भी बढ़ाता है। वैसे तो मानकीकरण का अभाव, संपूर्णता में निजी स्वास्थ्य क्षेत्र का एक लक्षण है, लेकिन एआरटी उद्योग में यह अंतर–विभिन्न प्रक्रियाओं जैसे आईयूआई, आईवीएफ तथा आईसीएसआई के अंदर एवं आपस में–बहुत ज़्यादा और कई बार आश्चर्यजनक रूप से दिखाई देता है।

- सरोगेसी को एक प्रयोग तथा एक सफलता के रूप में छोटे–छोटे कस्बों तथा शहरों में लगातार एक नवीनता के अंश के साथ देखा जाता है यद्यपि इसकी पहुँच में विस्तारण हो रहा है।

- हाँलांकि आईसीएमआर के दिशा–निर्देशों में एआरटी क्लीनिक्स को सरोगेट्स का स्त्रोत बनने या सरोगेसी के करार के इंतजाम करने को प्रमुख रूप से प्रतिबंधित किया है, इस शोध अध्ययन में प्रतिदर्श का आकार बहुत छोटा होने के बावजूद इसमें कुछ ऐसे क्लीनिक्स को देखा गया जो सरोगेट्स के स्त्रोत

बनने के कार्य से सीधे जुड़े हुए हैं। इस प्रकार के रूझान ज़्यादातर तमिलनाडु में देखे गए जहाँ यह उद्योग अपेक्षाकृत बेहतर अवस्था में है, जबकि दूसरी तरफ उड़ीसा में प्रदाता अभी भी व्यापारिक सरोगेसी से संलग्नता बनाने में अनिच्छुक दिखे क्योंकि वे इससे जुड़ी कानूनी एवं नैतिक समस्याओं में नहीं जाना चाहते हैं।

05. **अनुर्वरता का बहुदिशा तथा बहुमुखी उपचार** (Multidirectional and Multifaceted infertility Treatment):

- हालांकि उपयोगकर्त्ता जैविक संतान की चाह में एआरटी प्रकिया अपनाते हैं, अनुर्वरता के संदर्भ में एआरटी, उपचार का एक मात्र माध्यम या रूप नहीं होता है। इसमें कई प्रकार के हस्तक्षेपों का समावेश हो जाता है तथा कई बार इनका संयोजन भी होता है। एआरटी के साथ–साथ एलोपैथिक उपचार, चिकित्सा के वैकल्पिक तंत्र (जैसे कि यूनानी, सिद्दा, आयुर्वेद, होम्योपैथी एवं घरेलू दवाएँ) तथा इसके साथ ही धार्मिक एवं विश्वास आधारित हस्तक्षेप की बड़ी श्रृंखला का संयोजन रहता है। ज़्यादातर मामलों में हो सकता है कि अनुर्वरता के उपचार की शुरूआत के समय उपरोक्त विकल्पों को प्रारम्भ न किया जा सके, लेकिन इन्हें उपचार के विभिन्न अवस्था या स्तर पर शुरू कराया जाता है।

- अनुर्वरता को अनुभव करने वाले दम्पतियों के ''उपचार'' का रास्ता राज्यों के बीच तथा राज्यों के अंदर पाई जाने वाली जनसांख्यकीय भिन्नताओं द्वारा तय होता है। उदाहरण के लिए यह एक भलीभांति स्थापित तथ्य है कि जहाँ लोग रह रहे हैं (शहरी, ग्रामीण, पर्वतीय क्षेत्रों, इत्यादि) वहाँ पर अधोसरंचना की उपलब्धता का उनके स्वास्थ्य सेवाएँ लेने वाले व्यवहार पर सीधा प्रभाव पड़ता है, और ऐसा ही एआरटी के मामले में भी है।

- ज़्यादातर उपयोगकर्त्ता जो कि अनुर्वरता का उपचार ले रहे हैं, वे स्त्री रोग विशेषज्ञ (गायनेकोलॉजिस्ट) से सबसे पहले संपर्क में आते हैं। उपयोगकर्त्ताओं ने किसी खास प्रदाता को ही क्यों चुना है इसके लिए ज़िम्मेदार कारकों में परिवार या मित्रों द्वारा जिक्र किया जाना, क्लीनिक्स का निकट होना तथा/अथवा उन दम्पतियों से प्राप्त की गई सूचनायें जिन्हें कि पूर्व में यही समस्या थी, आदि शामिल होते हैं। उपचार संबंधी निर्णय लेने की प्रक्रिया, चिकित्सक/स्टाफ के व्यवहार तथा उपचार के परिणाम पर भी निर्भर करती है।

- कई मामलो में पति–पत्नि दोनों, अनुर्वरता के सही कारण (डायग्नोसिस) तथा उन्हें दिये जा रहे 'उपचार' की जानकारियों से अनभिज्ञ थे। महिलाओं

को हमेशा ही उनके पति की तुलना में कम जानकारियाँ दी जाती हैं। ऐसा खासकर उन मामलों में होता है जिसमें महिला में अनुर्वरता का कारण हो।

- इसमें भी कुछ असामान्य सा नहीं है कि एआरटी 'उपचार' का उपयोग गोपनीय ढंग से छुपाकर रखा जाता है, कुछ उपयोगकर्त्ता इसी गोपनीयता को बरकरार रखने के उद्देश्य से दूसरे शहरों में क्लीनिक्स पर जाते हैं।

- एआरटी 'उपचार' की इच्छा रखने वाले ज़्यादातर मामलों में न केवल अधिक भावनात्मक तथा शारीरिक लागत ही उल्लेखनीय होता है, बल्कि लंबी 'उपचार' अवधि भी हो सकती है जो वर्षों तक चलकर खत्म होती है। इसके साथ ही कई बार इसमें वांछित परिणाम भी हासिल नहीं हो पाते हैं।

- उपयोगकर्त्ताओं द्वारा अनुर्वरता के 'उपचार' में एआरटी को अंतिम अवस्था नहीं माना जाता है। एआरटी के उपयोगकर्त्ता, वैज्ञानिक/तकनीकि/चिकित्सीय हस्तक्षेप तथा अन्य विश्वासतंत्र जैसे धर्म दोनों में अपने विश्वास को बनाये रखते हैं। विज्ञान और विश्वास के बीच की रेखा का धुंधलापन केवल अनुर्वरता के उपचार तक सीमित नहीं है बल्कि इसे अन्य प्रकार के चिकित्सीय हस्तक्षेपों में भी देखा जा सकता है।

**06. एआरटी एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य** (ARTs and Public Health):

- अनुर्वरता के लिए स्वास्थ्य सेवाएँ, जिनमें मूल स्क्रीनिंग सुविधाएं भी शामिल हैं, स्पष्टतः सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र में नहीं पाई जाती हैं। इनमें ऐसी अधोसंरचना, जिससे अनुर्वरता की रोकथाम व इसके द्वितीयक कारणों का प्रारंभिक अवस्था में इलाज, आदि शामिल हैं। कई दम्पति यह महसूस करते हैं कि उनके पास कोई विकल्प नहीं हैं, सिवाय इसके कि वे अपनी अनुर्वरता के लिए निजी क्षेत्र से उपचार लें, जिनमें एआरटी भी शामिल हैं। यह पहुँच, समता एवं समर्थता से जुड़े कई बड़े सवाल खड़े करती है।

- यद्यपि प्रतिदर्श में से कुछ ही उपयोगकर्त्ता थे जिन्होंने सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्थाओं में अपने उपचार की शुरूआत की थी, उनमें से किसी ने भी वहां पर उपचार जारी नहीं रखा (सुविधाओं की अनुपलब्धता व अन्य ज़िम्मेदार कारणों के फलस्वरूप)।

- जबकि तमिलनाडु व उत्तर प्रदेश में सार्वजनिक स्वास्थ्य की अधोसंरचना तुलनात्मक रूप से ठीक स्थिति में है, उड़ीसा में इसकी बिलकुल विपरीत ही तस्वीर मिलती है, जहाँ कि सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र में अनुर्वरता के उपचार की सुविधाओं का पूर्णतः अभाव है।

- उत्तर प्रदेश (लखनऊ) में कम से कम एक तृतीयक स्तर के सार्वजनिक चिकित्सालय द्वारा एआरटी सुविधाएँ प्रदान कराई जा रही थीं, तथा इनका आईवीएफ/आईसीएसआई तक उन्नयन किया जाना प्रक्रिया में था। इसकी तुलना में तमिलनाडु की राजधानी (चेन्नई) का एक प्रमुख सरकारी अस्पताल ट्यूबल रीकेनेलाईजेशन (बंद नलिकाओं को पुनः खोलना) तथा तपेदिक/टीबी (अनुर्वरता के लिए ज़िम्मेदार एक कारक) के उपचार की सुविधा मुहैया करा रहा है। उड़ीसा में यह देखा गया है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्थाओं से जुड़े कुछ चिकित्सकों द्वारा एआरटी, अपने निजी रूप से संचालित स्त्रीरोग क्लीनिकों/एआरटी केन्द्रों में प्रदान की जा रही थीं।

**07. ए.आर टी के निहितार्थ** (Implications of ARTs):

- उपयोगकर्त्ताओं के कथन एआरटी के उपयोग के कई निहितार्थो पर प्रकाश डालते हैं। इनमें शामिल हैं, स्वास्थ्य का बदतर होना, व्यक्ति की शारीरिक एवं सामाजिक कार्यक्षमताओं पर सीधा प्रभाव पड़ना, एआरटी के ज़रिये जन्में बच्चों में स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं का खतरा ज़्यादा होना, उपयोगकर्त्ताओं के लिए मानसिक समस्याओं तथा तनाव के स्तर का ज़्यादा होना, भौगोलिक व सामाजिक पुर्नस्थापना, तनावपूर्ण यौन संबंध, काम व दैनिक क्रियाओं का विघटन तथा आर्थिक अस्थायित्व शामिल हैं, लेकिन यह सब कुछ यहीं तक सीमित नहीं है।
- इस प्रतिदर्श में एआरटी उपयोगकर्त्ताओं के बीच छोटे एवं बड़े स्तरों का भौगोलिक पुर्नस्थापन देखा गया, क्योंकि इस दौरान उपयोगकर्त्ता एक स्वास्थ सुविधा से दूसरी पर जाने के लिए कस्बों/शहरों, जिलों, प्रदेशों और यहां तक कि देशों में घूमते फिरते हैं। कई मामलों में इसका परिणाम यह हुआ है कि उनके अपने समाज के दुनिया/वास्तविकताओं का पूर्णतः पुर्नविन्यास हो जाता है।
- उपयोगकर्त्ताओं के कथनों में यह भी सामने आया कि यह तकनीके, संतान होने को नियत करते समय कई प्रयोगों जैसे लिंग का चुनाव एवं आनुवांशिक प्रीस्क्रीनिंग को भी उभारती हैं। इसके फलस्वरूप लिंगभेद एवं उपभोक्ता यूजेनिक्स जैसी अवस्थायें रूप लेने लगतीं हैं।
- महिलाओं के अनुभव बताते हैं कि कहे जाने वाले "चयनों" को दरअसल ज़ोर ज़बरदस्ती से निर्धारित कराया जाता है। ऐसी स्थिति में उनके पास सिवाय इसके कोई चारा नहीं रहता कि वे या तो एआरटी को उनके कई दुष्परिणामों के साथ उपयोग करें अथवा संतानहीन रहने के अपने कई दुष्परिणामों के साथ रहें।

- संतानहीनता तथा इसके "उपचार" की ज़िम्मेदारी गैर–आनुपातिक रूप से महिला एवं उनके परिवार (मायके) पर डाल दी जाती है। अक्सर महिला के माता–पिता, भाई–बहनों तथा परिवार के सदस्यों से यह उम्मीद की जाती है कि वे एआरटी के लिए आर्थिक एवं भावनात्मक सहयोग प्रदान करायें।

**08. नीति एवं निगरानी** (Policy and Monitoring):

- यद्यपि आईसीएमआर और स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने एआरटी के नियमन हेतु कानून को प्रस्तावित किया है, इस प्रस्तावित बिल के मसौदे में भी निजी क्षेत्र के एआरटी प्रदाताओं के हितों की ही रक्षा की गई है, तथा एआरटी व्यापार के वृद्धि में विस्तार की बात कही गई हैं। यह ज़रूरी है कि बिल के मसौदे में इन तकनीकों के प्रदाताओं को नियंत्रित किये जाने को महत्व दिया जाना चाहिए। इसके साथ ही इस दस्तावेज़ में उपयोगकर्त्ताओं, खासकर महिलाओं के अधिकारों व हितों की रक्षा हेतु प्रावधानों को सम्मिलित करते हुए जवाबदेही को बढ़ाया जाना चाहिए।

## भाग-स

समा संतानोत्पत्ति में सहायक तकनीकों (एआरटी) से जुड़ें सरोकारों को अपनी विभिन्न कार्यनीतियों जिनमें एक्शन रिसर्च, एडवोकेसी (पैरवी), समर्थन तथा जानकारियों को बांटना शामिल है, द्वारा संबोधित कर रही है। एआरटी एवं जुड़े मुद्दों पर पैरवी, इस शोध अध्ययन के ही केन्द्र में नहीं, बल्कि यह समा के द्वारा महिला स्वास्थ्य के स्त्रोत समूह के बतौर किये जा रहे वृहद प्रयासों का भी महत्वपूर्ण हिस्सा है। पैरवी, इस अध्ययन के तीन प्रमुख उद्देश्यों में से एक है, तथा अन्य दो उद्देश्यों का तार्किक विस्तारण भी इसमें हुआ हैं। शोध के परिणामों द्वारा नीति के स्तर पर बदलाव लाना, जागरूकता बढ़ाना एवं इन परिणामों को आगे ले जाते हुए उन पर बातचीत आरंभ करना इसमें शामिल है।

यद्यपि इसमें से बहुत से पहलूओं को शोधकाल के दौरान समेकित करके मूर्तरूप दिया गया है, लेकिन पैरवी एक लगातार चलने वाली प्रक्रिया है। शोध के परिणामों ने समा के उन कार्यो को भी आगे बढ़ाया जो कि महिला शरीर का चिकित्सीकरण, तकनीकी, जैवनीतियों, नियंत्रण आदि से संबंधित है। यद्यपि सार्वजनिक स्वास्थ्य इस शोध अध्ययन के केन्द्र में नहीं था, समा के द्वारा जो प्रयास किए गए थे, तथा जो जारी हैं, वे इस बात को लेकर हैं कि सामान्यतौर पर खराब स्वास्थ्य के अंतरसंबंधों तथा विशिष्ट तौर पर अनुर्वरता के परिपेक्ष्य में समझने के लिए एक व्यापक खाका तैयार हो सके। इसमें सामाजिक निर्धारकों (जैसे कि गरीबी, पितृसत्तात्मकता, तथा नुकसानदायक व्यवसायों) को ध्यान में रखते हुए सार्वजनिक स्वास्थ्य के विस्तारण की आवश्यकता पर ज़ोर दिया जाए ताकि सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र को मजबूत किया जाना अनिवार्य हो।

पैरवी की प्रक्रिया को समकालीन तौर पर इस कार्य के सम्पादन से जुड़े लोगों की पहुँच तक लक्षित किया गया था, न कि उनके पूर्ववर्तियों पर ताकि इसकी प्रभाव पूर्णता को बढ़ाया जा सके। इसमें बहुस्तरों को एक साथ शामिल किया गया, जिनमें समुदाय, नीति बनाना, अन्तर्राष्ट्रीयता, अकादमिक पक्ष, मीडिया इत्यादि शामिल थे। इस प्रयास ने हमारे कार्य से जुड़ें विभिन्न पक्षों को आपस में जोड़ने में मदद् की जो उतना ही महत्वपूर्ण था जितना कि एआरटी पर बातचीत में विभिन्न सेवा प्रदाताओं को शामिल करना। समा का जुड़ाव व्यापक प्रतिनिधित्व वाले आंदोलन निर्माण से भी रहा है, ताकि उन संगठनों की आवाज़ों को भी उभारा जा सके जो महिलाओं के अधिकारों, सार्वजनिक स्वास्थ्य के अधिकारों, कानूनी अधिकारों, विकलांगों के अधिकारों तथा समलैंगिक व्यक्तियों के अधिकारों से सम्बंधित हैं, जिससे कि एआरटी पर इसके नियमन से संबंधित बहसों एवं चर्चाओं की शुरूआत की जा सके। यद्यपि अलग–अलग लोगों को समझाने के लिए विभिन्न रणनीतियों को अपनाया गया था

जो कि सम्मिलित तौर पर भारत में एआरटी के उपयोग के सन्दर्भों में महिलाओं के स्वास्थ्य एवं अधिकारों को सुरक्षित रखने के मूलभाव पर आधारित थीं।

### 01. नीति स्तरीय संलग्नताः

यह अध्ययन ज़मीनी स्तर के बहुत से आवश्यक साक्ष्यों को हमें उपलब्ध कराता है ताकि नियंत्रित किए जाने की माँग को बल मिल सके। इस अध्ययन में गैर–नीतिगत चिकित्सीय प्रयोगों तथा मानक नियमों के अभाव में महिलाओं के स्वास्थ्य एवं उपयोगकर्त्ताओं के अधिकारों के दुरूपयोग की घटनाओं को प्रमुखता से बताया गया है। उदाहरण के लिए, सूचना प्रदान किए जाने की प्रक्रिया एवं परामर्शन की सुविधायें या तो अनुपस्थित पाई गईं या बहुत ही सीमित तौर पर दिखाई दी हैं। अध्ययन में यह भी स्पष्ट हुआ है कि एक विस्तारित नियंत्रण ढाँचे की ज़रूरत है जो कि न केवल एआरटी क्लीनिक्स के लिए ही हो, बल्कि एआरटी उद्योग के बहुत से खिलाड़ियों की निगरानी को इसमें समाहित किया जाना चाहिए। इस ढाँचे में तकनीकि के नये पक्षों को समाहित किया जाना आवश्यक है, जैसे कि भ्रूण की स्टेम कोशिकाओं से जुड़ा शोध, जिसमें कि बचे हुए आईवीएफ भ्रूणों का उपयोग किया जाता है। इससे कई नैतिक सरोकार उभरते हैं जैसे उपयोगकर्त्ताओं को सूचित कराकर सहमति प्राप्त करना। यह भी देखा गया है कि एआरटी क्लीनिक्स से संबंधित व्यवस्थित व विश्वसनीय आंकड़े भी उपलब्ध नहीं है (जैसे नामांकन, अधोसंरचना, प्रदान करायी जा रही सेवाएँ, इत्यादि)। साथ ही, इनसे जुड़े स्वास्थ्य से संबंधित खतरों (प्रक्रियाओं व दवाओं) से जुड़े आकड़े भी अनुपलब्ध हैं। अतः इस अध्ययन ने एआरटी के आंकलन एवं निगरानी हेतु लंबी अवधि तक सूचना को संग्रहित किये जाने की ज़रूरत पर ज़ोर दिया। इससे संबंधित नीति को बनाये जाने की संलग्नताओं के अंतर्गत आवश्यक है कि नीति बनाने वालों जैसे संसद सदस्यों, राष्ट्रीय संस्थानों के अधिकारियों एवं राज्य एजेन्सियों के प्रतिनिधियों को इस संदर्भ में शिक्षित व संवेदनशील बनाया जाए।

**राज्य के जिन संस्थानों के साथ समा की संलग्नता रही उनमें शामिल हैं :-**

- **स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय**
- **भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद**
- **योजना आयोग**
- **राष्ट्रीय महिला आयोग एवं राज्यों के महिला आयोग**
- **महिला एवं बाल विकास मंत्रालय**
- **संसद सदस्यगण**

वर्तमान में एआरटी क्लीनिक्स को नियंत्रित किये जाने हेतु भारत में कोई कानून नहीं है। अध्ययन की शुरूआत के समय केवल एक दस्तावेज़ था जो भारत मे एआरटी क्लीनिक्स को निर्देशित कर रहा था। वह था भारत में एआरटी क्लीनिक्स के नियंत्रण, निगरानी एवं प्रत्यायन हेतु राष्ट्रीय दिशा–निर्देशन, 2005 (National Guidelines for Regulation, Supervision and Accredidation of ART clinics in India), जिसे कि भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद (आईसीएमआर) ने जारी किया था। परंतु यह कोई कानूनी रुप से मान्य/बाध्यकारी नहीं थे। इस पर प्रारंभिक एडवोकेसी प्रयासों के तहत समा ने 2006 में महिलाओं के स्वास्थ्य एवं अधिकारों के परिप्रेक्ष्य में इन दिशा–निर्देशों की आलोचना की थी। साथ ही व्यापक, सहभागितापूर्ण पारदर्शी प्रक्रिया के द्वारा विस्तृत कानून को बनाये जाने की ज़रूरत को समा द्वारा रेखांकित किया गया था।

शोध कार्य की अवधि के दौरान ही सन् 2008 में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय तथा भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद ने एआरटी (नियंत्रण) बिल एवं नियम, 2008 को जारी किया। सितंबर 2008 में समा द्वारा आयोजित राष्ट्रीय विमर्श "एआरटीः उभरते सरोकार तथा भविष्य की रणनीतियां" पर इन्हें सार्वजनिक किया गया। लगभग 70 प्रतिभागियों ने बिल के दस्तावेज़ के मूल भाग पर अपनी राय व मशविरा दिया। नवंबर 2008 में आयोजित की गई एक प्रेसवार्ता में समा ने बिल के मसौदे पर विस्तृत आलोचनाओं को दस्तावेज़ के बतौर जारी किया। फरवरी 2009 में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद (आईसीएमआर) को निर्देशित किया कि एआरटी (नियंत्रण) बिल एवं नियम 2008 के मसौदे संशोधन करते समय समा द्वारा की गई अनुशंसाओं को भी ध्यान में रखा जाये। सन् 2010 में आईसीएमआर द्वारा एआरटी (नियंत्रण) बिल एवं नियम 2010 के मसौदे को तैयार किया गया, जिसमें पुराने मसौदे में सुझाये गये संशोधनों को भी शामिल किया गया था। इस मसौदे का भी परीक्षण किया जाकर इसके समस्याजनक प्रावधानों की समा द्वारा आलोचना की गई।

समा के द्वारा राज्य की विभिन्न संस्थानों द्वारा आयोजित विमर्शों में भी इस संदर्भ में भागीदारी की गई। इस संस्थानों में राष्ट्रीय महिला आयोग भी शामिल है जिसकी राज्य शाखाओं द्वारा भी इस विषय में बैठकों के आयोजन किये जा चुके हैं। यह तय है कि प्रारंभ से भी राज्य को परिवर्तन के प्रमुख कर्त्ता के रूप में देखा जाता है तथा जिसे सक्रियता से यह ज़िम्मेदारी निभानी चाहिए।

राष्ट्रीय महिला आयोग (रामआ) ने समा को विगत अप्रैल 2008 में "एआरटी एवं सरोगेसी के व्यापारीकरण" पर आयोजित विमर्श हेतु आधार पेपर तैयार करने के लिए आमंत्रित किया था। इस विमर्श में सामाजिक कार्यकर्त्ताओं, अकादमिकों, कानून विशेषज्ञों तथा रामआ की भागीदारी रही। इस विमर्श के परिणामों को रामआ ने स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय को एक पत्र के द्वारा भेजा इसमें एआरटी से जुड़े मुद्दों एवं सरोकारों को रेखांकित किया गया था, तथा इन्हें महत्व दिये जाने की माँग की गई थी। इसके साथ ही बिल के मसौदे को सार्वजनिक करने की ज़रूरत बताई थी। इसी प्रकार फरवरी 2009 में पश्चिम बंगाल राज्य महिला आयोग, कोलकाता विश्वविद्यालय के महिला अध्ययन केन्द्र तथा पश्चिम बंगाल सरकार के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा साझे तौर पर "सरोगेट मातृत्व के चिकित्सीय, कानूनी एवं सामाजिक पक्ष : लैंगिक परिप्रेक्ष्य में" विषय पर आयोजित राष्ट्रीय विमर्श में समा को एआरटी (नियंत्रण) बिल, 2008 के मसौदे के संदर्भ में भारत में सरोगेसी पर एक प्रस्तुतिकरण दिए जाने हेतु आमंत्रित किया गया था।

सन् 2009 के आम चुनावों के बाद चुने गए संसद सदस्यों के लिए समा के द्वारा एआरटी पर नीति का मसौदा, सेन्टर फॉर लेजिस्लैटिव रिसर्च एंड एडवोकेसी (सीएलआरए) तथा पार्लियामेन्टेरियन्स ग्रुप ऑन द मिलेनियम डेवलपमेंट गोल्स (पीजीएमडीजीस) की पहल पर तैयार किया गया। इस नीति के मसौदे का लक्ष्य था कि बिल के प्रारूप की कमियों के विषय में सांसदों को संवेदनशील बनाया जा सके ताकि भारतीय संसद में इस पर होने वाली बहस में वे सार्थक योगदान दे सकें। समा, अन्य नीति दस्तावेज़ों के विश्लेषण व आलोचनाओं से भी संलग्न रही है। इनमें शामिल हैं नवीं, दसवीं तथा ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजनाएँ, प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) कार्यक्रम तथा राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति।

**एआरटी (नियंत्रण) बिल एवं नियम 2010 के मसौदे के संदर्भ में कुछ सरोकार :-**

- **बिल का मसौदा स्वंय को केवल एआरटी क्लीनिक्स एवं बैंको को नियंत्रित किए जाने तक सीमित रखता है। यह दूसरे खिलाड़ियों की भूमिका का संज्ञान नहीं लेता जैसे पर्यटन एजेण्ट्स, सरोगेसी एजेण्ट्स, सरोगेसी से जुड़े कानून की फर्म, और यहाँ तक कि सार्वजनिक चिकित्सालय जो आजकल एआरटी मुहैया करा रहे हैं। यह सब मिलकर इस बढ़ते उद्योग के विभिन्न घटकों को बनाते हैं।**
- **एआरटी को उपयोग करने की निम्नतम आयु सीमा 21 वर्ष निर्धारित है पर इस हेतु अधिकतम सीमा निर्धारित नहीं है।**
- **यद्यपि मसौदा यह सुझाता है कि 3 ऊसाइट (डिम्ब) से अधिक का अंतरण (जीआईएफटी)**

प्रक्रिया में नहीं करना चाहिए तथा तीन भ्रूणों से ज़्यादा का अंतरण (आईवीएफ प्रक्रिया में) नहीं करना चाहिए। लेकिन इसमें भी "अपवादग्रस्त परिस्थितियों" के नाम पर छूट है, अतः यह शोषण की संभावनाओं को बढ़ाता है।

- यह मसौदा यौनिक अभिविन्यास के आधार पर विभेदन करता है और इसमें स्पष्ट रूप से कहा गया है एआरटी तक मात्र उन्हीं जोड़ों की पहुँच होनी चाहिए जिनके यौन संबंध भारत में कानूनी तौर पर सही हैं।
- इसमें एआरटी के द्वारा होने वाले स्वास्थ्य पर खतरे तथा विपरीत परिणामों, खासकर, बच्चों पर इसके क्या परिणाम हैं उन्हें पर्याप्त रूप से सूचीबद्ध नहीं किया गया है।
- यह मसौदा महिला को यह अनुमति देता है कि वह अपने जीवन काल में चक्रों के मध्य अधिकतम तीन माह के अंतर से अपने ऊसाइट्स का दान कर सकती है। यह अनुबंधित किया जाने वाला अंतराल न केवल अपर्याप्त है बल्कि इसमें चक्रों की अधिकतम संख्या जिससे कि महिला गुज़रेगी वह अनिश्चित है। यह एक महत्वपूर्ण चूक है कि प्रत्येक चक्र में हो सकता है कि ऊसाइट्स दान करने योग्य नहीं बने हों। इसके साथ ही इसमें कोई तरीका ही नहीं सुझाया गया है कि जिसमें इसकी निगरानी हो सके कि एक महिला कितनी बार ऊसाइट्स का दान कर रही है। आगे यह कि न केवल डिम्ब दान करने के मामलों में, बल्कि उन महिलाओं के विषय में भी जो आईवीएफ से जुड़ी हुई है या अंडाणु आदान-प्रदान कार्यक्रमों में संलग्न हैं, उनमें अधिक से अधिक कितनी संख्या में ऊसाइट्स पुनः प्राप्त किए जाने की आवश्यकता होगी यह निर्धारित होना भी आवश्यक है।
- सरोगेट के लिए जीवित जन्मों की संख्या हेतु अनुमति को 3 से बढ़ाकर 5 कर दिया गया है जिसमें उसके अपने बच्चे भी शामिल हैं। इसकी संख्या बढ़ाने से सरोगेट के स्वास्थ्य पर खतरा बढ़ेगा, बल्कि साथ ही उन चक्रों की अधिकतम संख्या भी तय नहीं हो सकेगी जिन्हें कि सरोगेट को सहन करना पड़ेगा। यह इसलिए महत्वपूर्ण है क्योंकि जीवित जन्म के लिए चक्रों के दोहराव की आवश्यकता पड़ सकती है।
- यद्यपि मसौदे में आधिकारिक माता-पिता के द्वारा यह सुनिश्चित किये जाने की ज़रूरत बताई है कि सरोगेट माँ एवं बच्चे का पर्याप्त रूप से बीमा हो, जबकि बीमा की प्रकृति एवं प्रकार का इसमें वर्णन नहीं किया गया है। इसके अलावा आधिकारिक माता-पिता की संतानोत्पत्ति के उपरांत एवं फालो-अप देखभाल की क्या ज़िम्मेदारियाँ होंगी यह इस मसौदे में स्पष्ट नहीं है।
- सरोगेट महिला हेतु कानूनी-सहायता का इसमें कोई प्रावधान नहीं है।
- सरोगेट पर करीब की निगरानी बनाए रखने के उद्धेश्य से स्थानीय अभिभावक की

**नियुक्ति के प्रावधान से उसकी स्वायत्तता, स्वतंत्र्ता तथा अधिकारों का अतिक्रमण होता है। आधिकारिक माता-पिता के मामले में बच्चे की अभिरक्षा देने पर, स्थानीय अभिभावक की ज़िम्मेदारी होगी कि या तो बच्चे का पालन-पोषण करें अथवा बच्चे को गोद लेने-देने वाली एजेन्सी को सौंप दे। यहाँ बच्चे के कल्याण को एक व्यक्ति के विवेक पर छोड़ दिया गया है।**

- **सरोगेट को भुगतान किए जाने का प्रस्तावित तरीका उसके लिए अत्याधिक असंतुलित तथा गैर-अनुकूलित है। मसौदे में उल्लेखित है कि भुगतान पांच किस्तों में किया जायेगा जिसमें से 75 प्रतिशत पाँचवी तथा अंतिम किस्त के रूप में बच्चे के जन्म के उपरांत दिया जाएगा। यह पूर्णतः श्रम एवं खतरों (भावनात्मक, शारीरिक, सामाजिक, नीतिगत, इत्यादि) को कम करके आंकता है जो कि सरोगेट माँ द्वारा महत्वपूर्ण परिणाम यानि बच्चे के लिए उठाया जाता है।**

## 02. समुदाय के साथ बातचीतः

शोध के दौरान समुदाय के स्तर पर बातचीत दोनों रूपों में की गई। इसमें केन्द्रीयकृत समूह चर्चा ( एफजीडी) तथा समुदाय आधारित संगठनों के साथ समझ बनाना शामिल था। इन्होंने मिलकर एक अक्ष बनाया जिसके चारों ओर समा की अनुर्वरता, लिंग तथा समाज से जुड़ी समझ का विकास हुआ है। इन सत्रों में सबसे ज़्यादा चर्चा पितृसत्तात्मकता, स्वास्थ्य तथा पहुँच पर हुई है जो कि स्थानीय संस्कृतियों एवं बड़ें ढाँचों, दोनों को ही समस्याग्रस्त बनाते हैं। इसमें संतानहीनता के लैंगिक भार तथा संबंधित दोष एवं हिंसा को तीव्रतम महत्व दिया गया है, तथा भागीदारों ने भी इस दौरान संबंधित समस्याओं जैसे कुपोषण, एनीमिया (खून की कमी), तपेदिक, हिंसा एवं अपर्याप्त सार्वजनिक स्वास्थ्य की देखरेख पर ध्यान दिलाया। अक्सर यही सब अनुर्वरता के लिए ज़िम्मेदार कारकों में आते हैं। इन चर्चाओं में अनुर्वरता के विषय में सूचना, एआरटी की प्रक्रियायें, साथ ही प्रस्तावित एआरटी कानून जैसे मुद्दों पर सूचनाओं के फैलाव के समान अवसर शामिल हैं। वे संगठन एवं नेटवर्कस जिन्होंने इनमें भागीदारी की थी वे कई तरह के मुद्दों पर अलग–अलग क्षेत्रों में कार्य कर रहे हैं जिसमें दलित, आदिवासी तथा मुसलमान समुदायों की महिलाएँ भी शामिल हैं।

## 03. विमर्शः

एआरटी से संबंधित बातचीत अभी शुरूआती अवस्था में ही है तथा समा के कार्यों का महत्वपूर्ण रूप से इस बात पर ध्यान है कि विभिन्न समाजिक आंदोलनों में

इससे सम्बंधी बहस को उभारा जाए। यह ध्यान से देखा जाना महत्वपूर्ण है कि एआरटी से जुड़े हुए मुद्दों, जैसे जिनमें तकनीकि, स्वास्थ्य, लैगिंकता, व्यापार तथा यौनिकता आदि ने आपस में एक जटिल अंर्तसंबंध स्थापित कर लिया है। बहुत तेज़ी से विकसित होती तकनीक को कानूनों, दिशा–निदेर्शों एवं सामाजिक मानकों के द्वारा नियंत्रित किए जाने की ज़रूरत है। महिलाओं एवं स्वास्थ्य के आंदोलनों के भविष्य के कार्य हेतु आवश्यक है कि एआरटी पर इनके बीच विचार–विमर्श चले। अध्ययन की प्रक्रिया के दौरान यह स्पष्ट तौर पर निकलकर आया कि इन तकनीकों पर आगे विचार–विमर्श की अत्यंत आवश्यकता है। इसके साथ–साथ विभिन्न सामाजिक आंदोलनों के अंदर व्यक्त होने वाली अलग–अलग रायों पर बहस होना भी ज़रूरी है, तथा एआरटी के द्वारा थोपे जा रहे तमाम सरोकारों से निपटने हेतु रणनीतियों की निर्मिति भी लाज़मी है। समा ने विगत् तीन वर्षो में राष्ट्रीय एवं अतर्राष्ट्रीय स्तरों के–दो विमर्शो–को आयोजित किया इनका उद्देश्य संवाद को प्रारंभ करना था ताकि सरोगेसी एवं एआरटी से जुड़े विभिन्न नज़रियों को समग्रता में देखते हुए महिलाओं के स्वास्थ्य एवं अधिकारों हेतु गैर समझौतावादी तरीके से एक साथ जोड़ा जा सके।

यह उद्योग लंबे समय तक स्वयं को राज्य सीमाओं में सीमित नहीं रख सकता, यह एक भली–भांति स्थापित तथ्य है– "संतानोत्पत्ती की प्रक्रिया, श्रम तथा ऊतकों का वैश्वीकरण, इससे जुड़े श्रम का सीमाओं के परे सरोगेसी, अण्डा दान तथा चिकित्सा पर्यटन के उमड़ पड़ने से हो रहा है, जो कि महिला शरीर एवं प्रजनन ऊतकों का व्यापारीकरण तथा उन्हें उत्पाद में तब्दील कर रहा है। (समा, 2010 :2)3.

समा ने अपने एडवोकेसी के प्रयासों को तत्कालिक वैश्विक संवाद से एक अंतर्राष्ट्रीय विमर्श के माध्यम से जोड़ा जिसका आयोजन जनवरी 2010 में किया गया था, तथा इसके केन्द्र में एआरटी के व्यापारिक, आर्थिक, तथा नैतिक मुद्दे थे। इस विमर्श का शीर्षक था "उर्वरता उद्योग को सुलझना : आंदोलन निर्माण की चुनौतियाँ एवं रणनीतियाँ" 4, इसमें 10 से ज्यादा देशों के लगभग 90 लोगों ने हिस्सा लिया। यह एक विद्वानों, नीति–निर्धारकों, कार्यकर्त्ताओं तथा चिकित्सीय कार्यो में लगे लोगों का एक नेटवर्क बनाने का प्रयास था। इसके साथ ही अलग–अलग क्षेत्रों के अनुभवों, जो कि इन तकनीकों के क्रियान्वयन के साक्षी रहे हैं से सीखना भी इस विमर्श का उद्धेश्य था। इसमें शामिल हुए लोगों ने एआरटी पर स्थानीय एवं वैश्विक स्तरों पर, दोनों रूपों में ज्यादा प्रभाव पूर्ण ढंग से अभियान या एक आंदोलन के रूप में कैसे प्रतिक्रिया की जा सकती है, इसकी संभावित रणनीतियों पर विचार किया, जिसमें एक अंतर्राष्ट्रीय स्तर के नियंत्रक ढाँचे की स्थापना की संभावनाओं पर भी चर्चा की गई।


WH-105
12790

इसी प्रकार के विमर्श एवं कार्यशालाओं के आयोजन संयुक्त संगठनों तथा नेटवर्कों के द्वारा भी किए गए जिनमें जन स्वास्थ्य अभियान, नेशनल बायोएथिक्स कॉनफरेंस, वर्ल्ड बायोएथिक्स कॉनफरेंस, पीपुल्स कलेक्टिव फॉर इकोनॉमिक, सोशल एंड कल्चरल राइट्स शामिल हैं। इन्होंने मंच प्रदान किए जहाँ सरोकारों एवं माँगों को रेखांकित किया जा सके तथा इन्हें अन्य मुद्दों के साथ जोड़कर देखा जा सके।

राष्ट्रीय एवं अंतर्राष्ट्रीय स्तरों के विश्वविद्यालयों एवं अन्य उच्च शिक्षा संस्थानों को भी इसमें जोड़ा गया। इनमें आयोजित भाषणों एवं संगोष्ठियों में एआरटी पर चर्चा की गई जिसने एक अवसर प्रदान किया। इसके तहत न केवल शोध के परिणामों से जुड़ी जानकारी को बांटा गया, बल्कि इससे तमाम मुद्दों पर भविष्य में होने वाले शोधों को प्रभावी बनाने की संभावनाएँ भी बनीं। कई शोधार्थियों, विद्यार्थियों, फिल्म बनाने वालें तथा पत्रकारों द्वारा समा से भारत मे ंएआरटी तथा सरोगेसी पर समझ बनाने के लिए संपर्क साधे गए। समा ने एक महत्वपूर्ण औज़ार के तौर पर मीडिया को अपने कार्यों में साझेदार बनाया ताकि आम लोगों की राय की लामबंदी की जा सके। यह कार्य समाचार पत्रों तथा पत्रिकाओं (जिसमें पीयर–रिव्यूड जर्नल्स भी शामिल थे) में विषयगत योगदान देकर, टीवी पर साक्षात्कारों के माध्यम से एवं इसके साथ–साथ कई प्रेस सम्मेलनों, वार्ताओं के आयोजन कर तथा उनमें प्रेस विज्ञप्ति देकर किए गए।

अनुर्वरता के उपचार एवं एआरटी से सम्बद्ध मसलों की जटिल प्रकृति को देखते हुए एवं इस मुद्दे पर साथ कार्य करने को तैयार लोगों, संगठनों एवं संस्थानों की तादाद को ध्यान में रखकर सतत् रूप से चौकन्नापन, तैयारियाँ, सूचनाओं का आदान–प्रदान तथा रणनीतियों को निर्मित किया जाना आवश्यक है। पैरवी आलोचनात्मक रूप में हॉलांकि चुनौतीपूर्ण होती है कि हमारी सहमतियों को प्रभावित तथा हस्तक्षेपों पर भी असर डालती हैं। इस प्रकार इस शोध अध्ययन के निष्कर्ष भारत के एआरटी उद्योग के संदर्भ में महिलाओं के स्वास्थ्य एंव अधिकारों पर सक्रियतावाद को समर्थन प्रदान करते हैं।

## भाग-ड

**अनुशंसाएँ तथा शोध के अन्तर्गत भविष्य के क्षेत्रः**

यह अंतिम भाग निश्चित अनुशंसाओं को आगे बढ़ाता है तथा अध्ययन के द्वारा उभरे भविष्य में जाँच के क्षेत्रों की रूपरेखा भी देता है।

- वैश्विक दुनिया में एआरटी उन लोगों तथा संगठनों की श्रेणी की अंतिम सेवाओं/उत्पादों के रूप में है जो भू–मंडल पर छितरा रहे हैं। इस जटिल श्रृंखला को मानव जातीय विज्ञान के आधार पर प्रतिचित्रित किया जा सकता है, ताकि इसमें संलग्न कर्त्ताओं (उदाहरण के लए इनके इस प्रक्रिया से जुड़ाव के निहितार्थ तथा आधुनिक तकनीक से इनका लेन–देन) के अनुभवों तथा स्वयं श्रृंखला (उदाहरण के लिए संयोजन तथा क्रम वृद्धि कैसे की जाती है) के परिचालन को समझा जा सके।
- एआरटी पर विश्वसनीय एवं सुलभ जानकारी जैसे कि इसकी सफलता की दर, उपप्रभाव तथा लागत, अनुर्वर दम्पतियों के लिए बहुत महत्वपूर्ण होती है। बिना इसके सही मायनों में एआरटी के विषय में उपयोगकर्त्ताओं को जानकारी देकर प्राप्त की गई सहमति के कोई मायने नहीं रह जाते हैं। प्रदान कराई जा रही जानकारियों का न्यूनतम रूप से प्रामाणिक होना अनिवार्य है ताकि जो लोग उपचार ले रहे हैं उनकी अपनी नैतिक देखरेख सुनिश्चित हो सके।
- एक केन्द्रीय स्तर के संस्थान (डाटा बैंक) की ज़रूरत है जहाँ पंजीकरण, निगरानी तथा आंकड़ों को एकत्रित किया जाने का कार्य हो सके ताकि एआरटी क्लीनिक्स की संख्या तथा उनके परिणामों से संबंधित आकड़े प्राप्त हो सके जैसे कितने चक्रों को सप्पादित किया, जीवित जन्मों की संख्या, कितने चक्र असफल रहे, पैदा हुए बच्चों का लिंग, कितने सरोगेसी के मामले आए, इत्यादि।
- परामर्श सेवाओं की व्यवस्था तथा जानकारी प्रदान कर सहमति प्राप्त करने जैसी, बेहतरीन प्रैक्टिस हेतु संहिता बनाना ज़रूरी है ताकि एआरटी से जुड़े नैतिक प्रशासन तथा पारदर्शिता विकसित हो सके।
- उम्रदराज महिलाओं तथा दम्पतियों में गर्भावस्था के पल्लवन की भी तहकीकात नहीं की जाती है, यद्यपि यह मीडिया का ध्यान खींचता है। एआरटी में प्रक्रियागत तथा दवाओं संबंधी प्रभावों से उपजने वाले स्वास्थ्य संबंधी जोखिमों पर लंबी अवधि के अध्ययनों का अभाव है। खासकर ज्यादा जोखिम वाली गर्भावस्थाओं में इसका खास महत्व है (जैसे कि मासिकस्त्राव के एक उम्र में समाहित होने के उपरांत तथा/या बहु–भ्रूण के रोपण से हुई गर्भावस्था)।

- अनुर्वरता के उपचार के रोकथाम एवं ठीक होने जैसे, हर पक्षों पर जानकारी प्रदान कराई जानी चाहिए तथा अनुर्वर महिलाओं एंव पुरूषों को दोषित होने तथा उनका सामाजिक बहिष्कार को रोकने के लिए समुचित एवं प्रभावी जानकारियों से युक्त अभियान की रूपरेखा बनाई जानी चाहिए। गोद लिए–दिए जाने संबंधी जानकारी की उपलब्धता सुनिश्चित कराना भी ज़रूरी है।

- गर्भावस्था के ह्मस से जुड़े शारीरिक एवं भावनात्मक पक्षों का अध्ययन नहीं किया गया है, हॉलांकि एआरटी में इनके पाए जाने की दर उच्चतम होती है। भविष्य में शोधकर्त्ता इस विषयवस्तु को सम्बोधित करना चाहेंगे कि संतानहीनता क्यों बढ़ रही है, किसमे बढ़ रही है तथा कहां बढ़ रही है? इसके साथ ही वे परिप्रेक्ष्य जो कुछ दम्पतियों को मजबूर करते हैं कि वे अन्य विकल्पों जैसे गोद लेना एवं ऐच्छिक संतानहीनता, की अपेक्षा एआरटी को चुनें इसे भी ध्यान में रखे जाने की आवश्यकता है।

- अनुर्वरता के प्राथमिक कारणों खासकर इसके बड़े निर्धारकों (उदाहरण के लिए आजीविका) के बीच संबंधों पर जिनमे कि आजीविका शामिल है, पर ज़्यादा शोध एवं उसका दस्तावेज़ीकरण आवश्यक है।

- अनुर्वरता एवं एआरटी से जुड़ी धार्मिक समझ का गहराई से अध्ययन नहीं किया गया हैं। यह आवश्यक है कि धर्म की स्थानीय व्याख्याओं एवं समायोजनों को समझा जाए न कि विभिन्न धर्मो द्वारा साधारण सा सैद्धान्तिक रूख अपनाये जाने को स्वीकार लिया जाए।

- शोध अध्ययन में यह स्पष्ट तौर पर उभरा है कि एआरटी की प्रक्रिया के महिलाओं के जीवन पर गहरे प्रभाव होते हैं जैसे कि उनके (महिलाओं) कार्यों, दैनिक नित्यचर्चाओं तथा सामाजिक संबंधों का विघटन। कई प्रदाताओं का मानना है कि औरतों का कार्य करना तथा अपने कैरियर पर ध्यान देना उनकी शादी में देरी के प्रमुख कारण है तथा उनमें अनुर्वरता के लिए यही ज़िम्मेदार हैं। आगे शोध किए जाने का यह महत्वपूर्ण क्षेत्र है।

- अनुर्वरता के उपचार की सेवाओं को व्यापक प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य की सेवाओं के अंतर्गत समाहित किया जाना चाहिए। एक समेकित प्रजनन स्वास्थ्य देखरेख कार्यक्रम के हिस्से के तौर पर अनुर्वरता की देखरेख हेतु एक नीति बनाई जानी चाहिए जो कि स्वास्थ्य की देखरेख की वास्तविक अधोसंरचना की उपलब्धता, कार्यशीलता तथा प्रभावशीलता के विश्लेषण एवं मूल्यांकन पर आधारित हो। स्वास्थ्य की देखरेख के तंत्र के विभिन्न स्तरों पर अनुर्वरता हेतु विशेष जाँच की सुविधा उपलब्ध कराई जानी चाहिए। उदाहरण के तौर पर

उप स्वास्थ्य केन्द्रों तथा शहरी स्वास्थ्य केन्द्रों के स्तरों पर सेवाओं के प्रावधानों में उर्वरता संबंधित मुद्दों एवं एसटीआई के उपयुक्त रैफरल हेतु दंपत्तियों को परामर्श दिया जाना जरूरी है। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों तथा ग्रामीण अस्पतालों के स्तर पर निदान की बुनियादी जाँच, कुछ एसटीआई के उपचार तथा रैफरल सेवाओं को विकसित किया जाना चाहिए जबकि तृतीयक स्तर के स्वास्थ्य संस्थानों में विशेष जाँच एवं आधुनिक उपचार की सुविधाएँ प्रदान की जानी चाहिए।

- प्रत्येक स्तर पर स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को प्रशिक्षण दिए जाने चाहिए ताकि वे अनुर्वरता हेतु स्क्रीनिंग, परीक्षण, निदान, रैफरल तथा उपचार की सेवाएँ, उपयुक्त तौर पर प्रदान कर सकें।

- नियंत्रण के प्रश्नों को अन्वेषित किए जाने की आवश्यकता है। आज की दुनिया में एआरटी की व्यवस्था, जिसमें सरोगेसी भी शामिल है, ने देशों की सीमाओ को पार कर लिया है। अतः एक अंतर्राष्ट्रीय नियंत्रक ढाँचे को बनाए जाने की संभावनाएँ हैं या फिर दिशा–निदेर्शो से ही काम चलाना होगा। साथ ही, भारत में एआरटी नियंत्रण के जो प्रस्ताव हैं उन पर पुर्नविचार करने तथा एक साथ पढ़ने की आवश्यकता है। उदाहरण के लिए, कानून आयोग (2009) की एक रिपोर्ट में अनुशंसाएँ की गई थी कि व्यापारिक सरोगेसी को पूर्णतः प्रतिबंधित कर देना चाहिए जबकि आईसीएमआर के दिशा–निर्देश (2005) तथा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के मसौदा बिल (2008 एवं 2010) ने इसी सरोगेसी को नियंत्रित किए जाने पर ज़ोर दिया गया है।

- आईवीएफ प्रक्रिया से बचे हुए भ्रूणों का उपयोग स्टेम कोशिकाओं के शोध में उपयोग होता है। इस पक्ष की भी भारतीय संदर्भ में आगे क्रमबद्ध रूप से पड़ताल करना ज़रूरी है। इसके साथ ही एआरटी एवं लिंग चयन के अंर्तसबंधों की भी जाँच करने तथा इस पर कड़े नियंत्रण रखे जाने की ज़रूरत है।

- एआरटी के द्वारा राष्ट्रीयता एवं नागरिकता की सीमाओं को पुनः परिभाषित किया जाना होगा। जैसे कि राष्ट्र के राज्यों को नागरिकता के मुद्दों पर अच्छे ढंग से प्रतिक्रिया देना आवश्यक होगा जो कि अंतर्राष्ट्रीय सेरोगेसी के मामलों में उभरते हैं।

- नैतिकता से संबंधित तमाम मुद्दों का एआरटी में अभी भी जाँच पड़ताल किया जाना बाकी है। उदाहरण के लिए युग्मको (गैमिट) के दान में किसके अधिकार ज़्यादा होंगे, वे जो कि बच्चे को जानते हैं या फिर उन माता–पिता एवं दानकर्ता(ओं) के जो अपनी निजता एवं स्वायत्तता की रक्षा करते हैं।

- एआरटी एक रास्ता देती है जिसके माध्यम से गोद लेने को ज्यादा करीबी से जाँचा जा सकता है। कुछ अनुर्वर दंपत्तियों के लिए बच्चे को गोद लेना शायद शुरूआती विकल्प नहीं होता है। वे तकनीकि हस्तक्षेप के द्वारा जटिल रिश्तेदारी में जाने को प्राथमिकता देते हैं (युग्मक दानकर, सरोगट इत्यादि) ताकि उन्हें उनकी जैविक संतान मिल सके। इसके साथ ही एआरटी के उपयोग से नये प्रकार की नातेदारियाँ तथा परिवार सृजित होते हैं जो कि भविष्य में शोध के अवसर प्रदान करते हैं।

अतः यह स्वीकार करना आवयश्क हो जाता है कि एआरटी एक दिए हुए परिप्रेक्ष्य में राजनैतिक, आर्थिक, सांस्कृतिक तथा सामाजिक संस्थानों से संबंधित होती है। इस दस्तावेज़ के माध्यम से हमने भारत में एआरटी उद्योग तथा इसके विभिन्न स्तरों पर पड़ने वाले प्रभावों के प्रति हमारे सरोकरों को रेखांकित करने का प्रयास किया है। कुछ दिए गए परिप्रेक्ष्यों में जहाँ एआरटी एवं सरोगेसी के द्वारा वैश्विक लक्ष्यार्थ को हासिल कर लेना बताया गया है, वहाँ यह महत्वपूर्ण हो जाता है कि एआरटी से जुड़ें सरोकारों तथा चर्चाओं को सामने लाकर आगे बढ़ाया जाए एवं राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय दोनों स्तरों पर शोध कार्यो को योजनाबद्ध करने तथा सहयोगपूर्ण पहले करने के लिए आगे आया जाए। हॉलांकि अनुर्वरता से जुड़ी सामाजिक एवं सांस्कृतिक जटिलताओं का मुद्दा संबोधित किए जाने हेतु चुनौती के रूप में शेष रहता है, इस हेतु "चमत्कारिक समाधान" भौगोलिक सीमाओं के परे औद्योगिक संतुलन की उपलब्धता हैं।

टिप्पणियाँ :–

01. संतानोत्पत्ति में सहायक तकनीकों (एआरटी) के अंर्तगत विभिन्न प्रक्रियायें शामिल रहती हैं जिनमें अपेक्षाकृत सरल जैसे इन्ट्रायूटेराइन इनसेमिनेशन (आईयूआई) से लेकर इन–विट्रो फर्टीलाइजेशन (आईवीएफ) तथा एम्ब्रयो ट्रांसफर (ईटी) जिसे सामान्य तौर पर टेस्ट ट्यूब बेबी तकनीक के नाम से जाना जाता है, जैसी परिवर्ती प्रक्रियायें शामिल हैं।

02. वाइल्डर, बी, (2002) असिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजी; ट्रेंन्ड्स एंड सजेशन्स फॉर द डिवेलपिंग लॉ. जर्नल ऑफ अमेरिकन अकादमी ऑफ मेट्रिमोनियल लायर्स, 18, 177–209

03. सन् 1884 में फिलाडेल्फिया में पहला डोनर इन्सेमिनेशन (डीआई) किया गया। डॉ. विलियम पैनफॉस्ट के एक मरीज में, डाक्टर के द्वारा वीर्य सेचन (इन्सेमिनेशन) किया गया। यह उनकी अपनी कक्षा जिसमे कि वे पढ़ाते थे के "खूबसूरत दिखने वाले" चिकित्सा छात्र के वीर्य से किया गया था जिसके विषय में न छात्र को पता था और न ही इस हेतु उसकी सहमति ली गई थी। इसके बाद यह भी मालूम पड़ा कि न तो महिला और न ही उसका पति इस वीर्य सेचन (इन्सेमिनेशन) के विषय में जानते थे तथा वे इस तथ्य के बारे में भी अनभिज्ञ थे कि महिला ने अंततः जिस बच्चे को जन्म दिया वह उसके पति से नहीं था। 1945 में ब्रिटिश मेडिकल जर्नल मे दानदाता के द्वारा कृत्रिम वीर्य सेचन (डीआई) के चार मामलों को रिपोर्ट किया गया। इसके कुछ ही समय उपरांत सन् 1948 में आर्चविशप ऑफ कैन्टेबरी ने डीआई को अपराधिक मानते हुए एक जॉच आयोग बैठाया (वाइल्डर, बी. (2002) असिस्टेंड रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजी ट्रेन्ड्स एंड सजेशन्स फॉर द डिवेलपिंग लॉ. जर्नल ऑफ द अमेरिकन अकादमी ऑफ मेट्रिमॉनियल लायर्स, 18, 177–209)

04. वाइल्डर, बी, (2002), असिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजी; ट्रेंन्ड्स एंड सजेशन्स फॉर द डिवेलपिंग लॉ. जर्नल ऑफ अमेरिकन अकादमी ऑफ मेट्रिमोनियल लायर्स, 18, 177–209.

05. वेड, एन, (2010, अक्टूबर 4) पायोनियर ऑफ इन विट्रो फर्टीलाइजेशन विन्स नोबल प्राइज। द न्यूयॉर्क टाइम्स, रिट्राईब्ड अक्टूबर 5, 2010 फाम http://www.nytimes.com/2010/10/05/health/research/05nobel.html

06. समा–रिसोर्स ग्रुप फार विमन एंड हेल्थ (2006)। एआरटी एंड विमन–असिस्टेंस इन रिप्रोडक्शन ऑर सब्जुगेशन? न्यू दिल्लीः ऑथर

07. एनआईआईआर इज एन इन्सटीट्यूशन ऑफ द इंडियन काउन्सिल ऑफ मेडिकल रिसर्च (आईसीएमआर).

08. इंडियन काउन्सिल ऑफ मेडिकल रिसर्च, (2005). नेशनल गाइड लाईन्स फार द सुपरविजन एंड रेग्युलेशन ऑफ एआरटी क्लीनिक्स इन इंडिया. न्यू दिल्लीः ऑथर

09. रैप, आर. (2001)। जेन्डर, बॉडी, बायोमेडीसिनः हाऊ सम फेमिनिस्ट कन्सर्न ड्रेग्ड रिप्रोडक्शन टू द सेन्टर ऑफ सोशल थ्योरी। मेडिकल एन्थ्रोपोलॉजी क्वाटरली– इन्टरनेशनल जर्नल फॉर द एनालाइसिस ऑफ हेल्थ, 15(4), 466–477

10. इन हार्न तथा वेन बैलिन (2002), के अनुसार 1990 तक प्रजनन के चिकित्सीयकरण का कार्य प्रमुख रूप से गर्भ निरोधक, गर्भावस्था एवं संतान के जन्म तक सीमित था तथा इसमें एक बड़े पैमाने पर अनुर्वरता की अपेक्षा की गई थी। (इन ब्राउनर, सीएचएंड सार्जेट, सीएफ (2007)। एन्जेन्डरिंग मेडीकल एन्थ्रोपोलॉजी। इन एफ.साइलांट एंड एस. जीनेस्ट (ईडीएस)। मेडिकल एन्थ्रोपोलॉजी : रीजनल पर्सपेक्टिव्स एंड शेयर्ड कर्न्सन्स। ऑक्सफोर्ड : ब्लेकवेल पब्लिशिंग : 236).

11. गुप्ता, जे.ए. (2000)। न्यू रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजीस, विमन्स हेल्थ एंड ऑटोनॉमी, न्यू दिल्लीः सेज पब्लिकेशनस

12. शोरे, सी. (1992)। वर्जिन बर्थस एंड स्टेराइल डिवेट्स : एन्थ्रोपोलॉजी एंड द न्यू रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजीस। करंट एन्थ्रोपोलॉजी, 33(3), 295–301

13. यह दृष्टिकोण प्रमुख समस्या क्षेत्रों तथा इनकी उत्पत्ती को लेकर एक व्यापक समझ बनाती है न कि इनके बढ़ा–चढ़ा कर बनाई गयी स्थितियों तथा इनकी कठोरताओं को व्यक्त करती है।

14. ऑर्टनर, एस. (1972). इज फीमेल टू मेल एज नेचर इज टू कल्चर? फेमिनिस्ट स्टडीज, 1(2)

15. कर्टिस, के.एफ. (1995)। हाना आरेंट, फेमिनिस्ट थ्योराइजिंग एंड द डिवेट ओवर न्यू रिप्रोडिक्टिव टेक्नालॉजीस पॉलिटी,28 (2), 159–187

16. इस समझ के पत्यालोचना के लिए देखें ऑर्टनर, 1972

17. रेयान–शेरिडान, एस. (1995)। विमन एंड द न्यू रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजीस इन आयरलैण ड। इन विमन्स हैल्थ काउन्सिल, पोजिशन पेपर ऑन असिस्टेड हयूमन रिप्रोडक्शन। कार्क यूनिर्वसिटी प्रेस। रिट्रीवड अप्रैल 24, 2007 फॉम www.whc.i.//publications/position_reprod.html

18. स्टेनवर्थ, एम. (ईडी.). (1987). रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजीस : जेंडर, मदरहुड एंड मेडीसिन. मिनियापोलिसः यूनिर्वसिटी ऑफ मिनीजोटा प्रेस.

19. रेमण्ड, जेजी (1993). विमन एज वूम्ब्स : रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजीस एंड द बैटल ओवर विमन्स फ्रीडम. सैन फांसिस्को : हार्पर कोलिन्स.

20. कास, एल.आर. (1971). बेबीज़ बाय मीन्स ऑफ इन विट्रो फर्टीलाइजेशन : अनएथिकल एक्सपेरीमेंट्स ऑन द अनबोर्न। द न्यू इंग्लैड जर्नल ऑफ मेडीसिन, 285, 1174–1179 (फार ए मोर डिटेल्ड डिसक्रिप्शन ऑफ द चेन्जिंग डेफीनेशन ऑफ इनफर्टीलिटी, देखें समा–रिसोर्स ग्रुप फॉर विमन एंड हैल्थ (2006) एआरटी एंड विमन–असिस्टेंस इन रिप्रोडक्शन और सब्ज्यूगेशन? न्यू दिल्लीः ऑथर)

21. एआरटी से जुड़े स्वास्थ्य जोखिमों के वृहद विश्लेषण के लिए देखें समा–रिसोर्स ग्रुप फॉर विमन एंड हैल्थ। (2006). एआरटी एंड विमन–असिस्टेंस इन रिप्रोडक्शन और सब्ज्यूगेशन? न्यू दिल्लीः ऑथर

22. मीस, एम. (1990) विमन्स स्टडीज : साइंस, वायलेंस एंड रिस्पोन्सबिलिटी। विमन स्टडीज इन्टरनेशनल फोरम, 13(5), 433–441

23. ओवरऑल, सी. (1987). एथिक्स एंड हयूमन रिप्रोडक्शन : ए फेमिनिस्ट एनालाइसिस। बोस्टनः अनविन हायमन

24. होम्स, एच.बी. (1992). इन्ट्रोडक्शन. इन एच.बी. होल्मेस (इडी.) इश्यूस इन रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजीः एन एन्थ्रोलॉजी. न्यूयार्कः गारलैंड प्रेस

25. क्लाइन, आर. (2008). फ्राम टेस्ट–ट्यूब विमन टू बॉडीस विदआउट विमन. विमन स्टडीज इंटरनेशनल फोरम, 31 (3), 157–175

26. कोरिया, जी. (1985). द मदर मशीनः रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजीस फ्राम आर्टिफिशियल इन्सेमीनेशन टू आर्टिफिशियल वूम्बस न्यू यार्कः हार्पर एंड रो

27. फायरस्टोन, एस. (1971) द डायलेक्टिक ऑफ सैक्सः द केस फॉर द फेमिनिस्ट रिवोल्यूशन. न्यू यार्कः बेंटम बुक्स

28. स्टेनवर्थ, एम. (इडी.). (1987). रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजीसः जेंडर, मदरहुड एंड मेडीसिन। मिनियापोलिस : यूनिर्वसिटी ऑफ मिनीजोटा प्रेस

29. एन्ड्रयूज, एल.बी. (1989). पोजिशन पेपरः अल्टरनेटिव मोड्स ऑफ रिप्रोडक्शन। इन एस.कोहेन एंड एन. टाउब (इडी.) रिप्रोडक्टिव लॉज फॉर द 1990 न्यू जर्सीः हयूमाना प्रेस

30. डार्लिंग, एम.जे. (2006). रिप्रोडक्टिव एंड जेनेटिक बायोटेक्नोलॉजीस : टेकिंग अप द चैलेन्ज. डेवलपमेंट, 49(1), 18–22

31. रेमण्ड, जे.जी. (1998). रिप्रोडक्शन, पाप्यूलेशन, टेक्नोलॉजी एंड राइट्स. विमन इन एक्शन, (2)

32. पाण्डे, ए. (2009). नॉट एन एन्जिल, नॉट ए व्होरः सरोगेट्स एज डर्टी वर्कस इन इंडिया. इंडियन जर्नल ऑफ जेन्डर स्टडीज, 16(2), 141–173

33. शाह, सी. (2009). रेग्युलेट टेक्नोलॉजी, नॉट लाइव्स : द क्रिटिक ऑफ द ड्राफ्ट एआरटी (रेग्युलेशन) बिल. इंडियन जर्नल ऑफ मेडीकल इथिक्स, 6(1). रिट्राइब्ड जुलाई 16, 2010 फ्राम http://www.ijme.in/171co32

34. गुप्ता, जे.ए. एंड रिक्टर्स, ए. (2008). एम्बोडीड सब्जेक्टस एंड फ्रेगमेन्टेड आब्जेक्ट्स : विमन्स बॉडीस, असिस्टेड रिप्रोडक्शन टेक्नोलॉजीस एंड द राइट टू सेल्फ डिटरमिनेशन. जर्नल ऑफ बायोएथिकल इन्क्वारी, 5(4) 239–249. रिट्रीवड जून 17, 2010 फॅाम http://igitur-archive.library.uu.nl/human/2010-0305-200224/UUindex.html

35. द इंटरनेशनल कमेटी फॉर मॉनीटरिंग असिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजी (आईसीएमएआरटी) एंड वर्ल्ड हैल्थ आर्गनाइजेशन, (2009). इनफर्टीलिटी. हयूमन रिप्रोडक्शन, 24 (11), 2683–2687

36. भायाना, एन. (2010, फरवरी 8). इनफर्टीलिटी ए ग्रोइंग प्राब्लम. हिन्दुस्तान टाईम्स. रिट्रीवड अप्रैल 9, 2010 फॅाम http://hindustantimes.com/infertility-a-growing-problem/Article1-506532.aspx

37. श्रीनिवासन, एस. (ईडी.) (2010). मेकिंग बेवीस : बर्थ मार्केट्स एंड असिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजीस इन इंडिया. न्यू दिल्ली : जुबान बुक्स

38. विज, ए.एंड क्लीलेंड, जे. (2009). द पब्लिक सेक्टर्स रोल इन इनफर्टीलिटी मैनेजमेंट इन इंडिया. हैल्थ पॉलिसी एंड प्लानिग, 2009, 24, 108–115

39. उपरोक्त

40. बापना, एन. स्वर्णाकार, एम.एंड कोटिया, एन. (2005). जेनाइटल ट्यूबरक्यूलॉसिस एंड इट्स कान्सिक्वैन्सेस ऑन सबसीक्वैंट फर्टीलिटी. द जर्नल ऑफ ऑब्सटेट्रिक्स एंड गायनेकोलॉजी ऑफ इंडिया, 55(6), 534–537

41. विज, ए.एंड क्लीलेंड, जे. (2009). द पब्लिक सेक्टर्स रोल इन इनफर्टीलिटी मैनेजमेंट इन इंडिया. हैल्थ पॉलिसी एंड प्लानिंग, 2009, 24, 108–115

42. स्टीवर्ट, ए.जी. (1991). आयोडीन डेफीसियेन्सी डिस्आर्डस एंड इनफर्टीलिटी. ट्रापिकल डाक्टर, 36–37

43. ईबेह, आई.एन., यूराह, एन.एंड ओगोनार, जे.आई (1994) डाईटरी एक्सपोजर टू एफलेटाक्सिन इन हयूमन मेल इनफर्टीलिटी इन बेनिन सिटी, नाईजीरिया. इंटरनेशनल जर्नल ऑफ फर्टीलिटी एंड मीनोपॉजल स्टडीज, 39(4), 208–214

44. कर्टिस, के.एम., सेविज, डी.ए. एंड आरब्यूकल टी.ई. (1997). इफैक्ट्स ऑफ सिगरेट स्मोकिंग, कैफिन कन्जमपशन्स, एंड अल्कोहल इन्टेक ऑन फैकनडेबिलिटी. अमेरिकन जर्नल ऑफ इपिडिमियोलॉजी, 146(1), 32–41

45. इनहार्न, एम. (1994). क्वैस्ट फॉर कन्सेप्शन. फिलाडेल्फिया : युनिर्वसिटी ऑफ पेन्सिलवेनिया प्रेस

46. सेंटर फॉर साइंस एंड एनवायरोनमेंट. (2002, नवम्बर–दिसम्बर). रीसेंट स्टडीज ऑन स्पर्म डिक्लाईन इन हैल्थ एंड एनवायरोनमेंट. सेन्टर फॉर साइंस एंड एनवायरोनमेंट न्यूजलैटर, 2(4), पी.7.रिट्रीवड जुलाई 15, 2009 फॉर्म www.cseindia.org/html/eyou/healthnews/index_healthnews.htm.

47. सेंटर फॉर साइंस एंड एनवायरोनमेंट. (2002, नवम्बर–दिसम्बर). अर्ज ओवरकिल इन हैल्थ एंड एनवायरोनमेंट. सेंटर फॉर साइंस एंड एनवायरोनमेंट न्यूजलैटर, 2 (4), पी.2. रिट्राइब्ड जुलाई 15, 2009 फ्राम http://www.cseindia.org/html/eyou/healthnews/index_healthnews.htm.

48. ईवेन्स, ई.एम. (2004). ए ग्लोबल पर्सपैक्टिव ऑन इनफर्टीलिटीः एन अंडर रिकोग्नाइज्ड पब्लिक हैल्थ इश्यू, इंटरनेशनल हैल्थ, कैरोलिना पेपर्स, 18, 1–42

49. कदीर, आई. (2009). सोशल एंड इथिकल बेसिस ऑफ लेजिसलेशन ऑन सरोगेसी : नीड फॉर डिबेट। इंडियन जर्नल ऑफ मेडीकल इथिक्स, 6 (1)

50. मिनिस्ट्री ऑफ हैल्थ एंड फैमिली वेलफेयर. (2000). नेशनल पाप्यूलेशन पॉलिसीः एक्शन प्लान. रिट्रीवड जून 14, 2008 फॉर्म http://www.unescap.org/esid/psis/population/database/poplaws/law_india/indiaappend1.htm

51. प्रजनन एंव बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम–2 (आर.सी.एच.–2) के अनुसार तीन प्रमुख श्रेणियॉ हैं– आर्थिक; समाज एंव संस्कृति; तंत्र से जुड़े हुए मुद्दे तथा सोचने का ढंग एवं प्रवृत्तियाँ। अनुर्वरता से संबंधित कलंक को आर्थिक, सामाजिक तथा संस्कृति के साथ जोड़ा जाता है।

52. राजन, के.एस. (2006). बायोकैपीटलः द कान्स्टीट्यूशन ऑफ पोस्ट जीनोमिक लाइफ. र्दुहमः ड्यूक यूनिर्वसिटी प्रेस

53. गिन्सबर्ग, एफ.डी. एंड रैप, आर. (1995). कन्सीविंग द न्यू वर्ल्ड आर्डरः द ग्लोबल पॉलीटिक्स ऑफ रिप्रोडक्शन. बर्कलेः यूनिर्वसिटी ऑफ कैलीफोर्निया प्रेस।

54. माइकीट्यूक, आर. (2000). द न्यू जेनेटिक्स इन द पोस्ट–किन्सियन स्टेट. इन एफ. मिलर एंड आर. वायर. (ईडी). द जेण्डर ऑफ जेनेटिक फ्यूचर्सः द कैनेडियन बायोटेक्नोलॉजी स्ट्रेटिजीः असेसिंग इट्स इफेक्ट्स ऑन विमन एंड हैल्थ–प्रोसिडिंग्स ऑफ द नेशनल स्ट्रेटिजक वर्कशॉप ऑन विमन एंड द न्यू जेनेटिक्स।

55. वर्क, के. (2005). द जेनेटिक आयडियोलॉजी एजः द बायोसाइंस इंडस्ट्री एज सेल्फ–परपीचुऐटिंग आयडियोलॉजी. पेपर प्रजेंटेड एट पोस्ट ग्रेज्युएट फोरम ऑन जेनेटिक्स एंड सोसायटी नवां कोलोक्वियम, यूनिर्वसिटी ऑफ कार्डिफ।

56. ब्रोडी, जे. (1995). कैनेडियन विमन, चेन्जिंग स्टेट फोरम्स, एंड पब्लिक पॉलिसी. इन जे. ब्रोडी (ई.डी), विमन एंड कैनेडियन पब्लिक पॉलिसी, 1–28. टोरोन्टो : हारकोर्ट ब्रेस

57. जन स्वास्थ्य अभियान. (2007). ग्लोबलाईजेशन एंड हैल्थ–टूवर्डस द नेशनल हैल्थ असेम्बली–2. जे.एस.ए. बुकलेट. न्यू दिल्लीः ऑथर

58. उपरोक्त

59. दुग्गल, आर. (2004). ट्रेसिंग प्रायवेटाइजेशन ऑफ हैल्थ केयर इन इंडिया. एक्सप्रेस हैल्थ केयर मैनेजमेंट. रिट्रीवड अक्टूबर 2, 2009 फॉर्म http://www.expresshealthcaremgmt.com/20040415/edit02.shtml

60. टूरिज्म रिसर्च एंड मार्केटिंग (टीआरएएम). (2006, फरवरी). ग्लोबल मेडिकल टूरिज्म. पी.97. रिट्रीवड अक्टूबर 7, 2009 फॉर्म www.tram research.com/MedicalTourism.PDF

61. छाबड़िया, जी.वी. (2005). ए प्रोजेक्ट रिपोर्ट ऑन मेडिकल टूरिज्म इन इंडिया. मुम्बईः यूनिर्वसिटी ऑफ मुम्बई. रिट्रीवड अक्टूबर 25, 2010 फॉर्म http://www.scribd.com/doc/34884839/Medical-Tourism-in-India

62. उपरोक्त

63. उपरोक्त

64. तातारा, जी. (2010). मेडीकल टूरिज्म एंड डोमिस्टिक पाप्यूलेशन हैल्थ. वर्किंग पेपर सीरीज, डिपार्टमेंट ऑफ इकोनोमिक्स, 2, रिट्राइब्ड अक्टूबर 25, 2010 फ्राम ..............

65. नेटस्क्राईबस (इंडिया) प्रा.लि. (2008). मेडीकल टूरिज्म इन इंडिया. रिसर्च एंड मार्केट्स. रिट्रीवड अप्रैल 13, 2009 फॉर्म www.researchandmarkets.com

66. http://india.gov.in/overseas/visit_india/medical_india.php रिट्रीवड अप्रैल 20, 2010

67. जन स्वास्थ्य अभियान. (2007). ग्लोबलाईजेशन एंड हैल्थ–टूवर्डस द नेशनल हैल्थ असेम्बली–2. जे.एस.ए. बुकलेट. न्यू दिल्ली : ऑथर

68. टाइम्स न्यूज नेटवर्क–(2006, अगस्त 31), मेडिकल टूरिज्म ऑन द राइस इन इंडिया. टाइम्स ऑफ इंडिया. रिट्रीवड अप्रैल 15, 2009 फॉर्म http://www.indian-medical-tourism.com/articles-on-medical-tourism-india.html#visaindia3

69. जन स्वास्थ्य अभियान. (2007). ग्लोबलाईजेशन एंड हैल्थ–टूवर्डस द नेशनल हैल्थ असेम्बली–2. जेएसए बुकलेट। न्यू दिल्ली : ऑथर

70. रेड्डी एस. एंड कदीर, आई. (2010). मेडीकल टूरिज्म इन इंडिया : प्रोग्रेस एंड प्रेडीकेमेंट? इकोनोमिक एंड पोलिटिकल वीकली, 45(20), 69–75

71. मुले, एस. एंड गिब्सन, ई. (2006). मार्केटिंग ऑफ असिस्टेड हयूमन रिप्रोडक्शन एंड द इंडियन स्टेट. डेवलपमेंट, 49(4), 84–93. रिट्रीवड मई 10, 2010 फॉर्म http://www.proquest.com.ezproxylocal.library.nova.edu

72. कौर, जे., सुन्दर, एच.जी., वैद्य, डी. एंड भार्गव, एस. (2007)– हैल्थ टूरिज्म इन इंडिया : ग्रोथ एंड अर्पोच्यूनिटीस. इन्टरनेशनल मार्केटिंग कान्फ्रेन्स ऑन मार्केटिंग एंड सोसायटी, 8–10 अप्रैल : इंडियन इन्स्टीट्यूट ऑफ मैनेजमेंट कानपुर

73. आईएएनएस (एनडी) इंडिया इज ए फेवरेट डेस्टीनेशन विद टूरिस्ट्स लुकिंग फॉर मेडीकल केयर. रिट्रीवड अप्रैल 4, 2010 फॉर्म http://www.medhelpindia.com/med_ india.htm

74. स्मिथ–कैवरोज, ई. (2009, अक्टूबर). फर्टीलिटी एंड इनइक्विलिटी एक्रास बॉर्डस : असिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजी एंड ग्लोबलाइजेशन. पेपर प्रजेंटेड एट द कम्पास इंटरडिसीप्लेनरी विरचुयल कान्फ्रेंस, नोवा साउथईस्टर्न यूनिर्वसिटी, 19–30 अक्टूबर 2009. रिट्रीवड 10 मई 2010 फॉर्म http://compassconference.wordpress.com

75. आईएएनएस (2008, अगस्त 25) सरोगेसी ए डालर 445 मिलियन बिजनिस इन इंडिया. द इकोनोमिक टाइम्स, मुम्बई. रिट्रीवड अगस्त 29, 2008 फ्रोम http://economictimes.indiatimes.com/News/News_By_Industry/Surrogacy_a_445_mn_business_in_India/rssarticleshow/3403841.com

76. मुले, एस. एंड गिब्सन, ई. (2006). मार्केटिंग ऑफ असिस्टेड हयूमन रिप्रोडक्शन एंड द इंडियन स्टेट. डेवलपमेंट, 49 (4), 84–93. रिट्रीवड मई 10, 2010 फ्रोम http://www.proquest.com.ezproxylocal.library.nova.edu

77. इमरजिंग मार्केट्स इन इनफर्टीलिटी : ट्रीटमेंट ट्रेंड्स इन सिलेक्ट एशियन, सेन्ट्रल एंड ईस्टर्न यूरोप, एंड लैटिन अमेरिकन मार्केट्स. (2002). डेटमानीटर : रिट्रीवड अक्टूबर 12, 2008 फ्रोम http://www.marketresearch.com/product/display.a sp?productid=820775&xs=r&SID=86301480-499774167 418195967&curr=USD&kw=&view=abs#pagetop

78. ब्राउनर, सी.एच. एंड सार्जेण्ट, सी.एफ. (2007). ग्लोबलाइजेशन रेजेस न्यू क्वेश्चन्स एबाउट द पोलिटिक्स ऑफ रिप्रोडक्शन. एन्थ्रोपोलॉजी न्यूज, 46(3), 5–7

79. टोरो, आर.एफ. (2005). क्वैस्ट फार कन्सैप्शन : फर्टीलिटी टूरिस्ट्स, ग्लोबलाइजेशन एंड फैमिनिस्ट लीगल थ्यौरी. हेस्टिंग्स लॉ जर्नल, 57(2), पी.295

80. भारद्वाज, ए. (2003). वाय एडॉप्शन इज नाट इन ऑप्शन इन इंडिया : द विजिबिलिटी ऑफ इनफर्टीलिटी, द सीक्रेसी ऑफ डोनर इन्सेमीनेशन, एंड अदर कल्चरल काम्लेक्ससिटीज. सोशल साइंस एंड मेडिसिन, 56, 1867–1880

81. मुखर्जी, एम. (2008). इन्जीनियरिंग फैमिली वैल्यूजः असिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजीस एंड किनशिप इन वेस्ट बंगाल. अनपब्लिश्ड पीएच.डी. थीसिस, न्यू दिल्लीः जवाहरलाल नेहरू यूनिर्वसिटी

82. भारद्वाज, ए. (2003). वाय एडॉप्शन इज नाट इन ऑप्शन इन इंडियाः द विजिबिलिटी ऑफ इनफर्टीलिटी, द सीक्रेसी ऑफ डोनर इन्सेमीनेशन, एंड अदर कल्चरल काम्लेक्ससिटीज. सोशल साइंस एंड मेडीसिन, 56, 1867–1880

83. उपरोक्त

84. पैक्सन, एच. (2003). विद और अगेंस्ट नेचर? आईवीएफ, जेण्डर एंड रिप्रोडक्टिव एजेंसी इन एथेंस, ग्रीस. सोशल साइंस एंड मेडीसिन, 56, 1853–1866

85. स्ट्रेथर्न, एम. (1992), रिप्रोड्यूसिंग द फ्यूचरः एस्सेज ऑन एन्थ्रोपोलॉजी, किनशिप एंड द न्यू रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजी. मेनचेस्टरः मेनचेस्टर यूनिर्वसिटी प्रेस

86. फ्रेंकलिन, एस. (1995). पोस्टमाडर्न प्रोक्रियेशनः ए कल्चरल अकाउंट ऑफ असिस्टेड रिप्रोडक्शन. इन एफ.डी. गिन्सबर्ग एंड आर.राप (ईडी) कन्सीविंग द न्यू वर्ल्ड आर्डरः द ग्लोबल पॉलिटिक्स ऑफ रिप्रोडक्शन. बर्कलेः यूनिर्वसिटी ऑफ कैलीफोर्निया प्रेस, 323–345

87. इनहॉर्न, एम. एंड कारमेली, डीबी (2008) असिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजीस एंड कल्चर चेंज. एन्यूअल रिव्यू ऑफ एन्थ्रोपोलोजी, 37, 177–196

88. मुखोध्याय, एस. एंड गारीमेला, एस. (1998). द कोन्टूर्स ऑफ रिप्रोडक्टिव च्वाइस फार पुअर विमनः फाईडिंग्स फ्राम ए माइक्रोसर्वे. इन एस. मुखोध्याय (ईडी) विमन्स हैल्थ, पब्लिक पॉलिसी एंड कम्युनिटी एक्शन. नई दिल्लीः मनोहर

89. मुलगांवकर, वी.बी. (2001). ए रिसर्च एंड एन इंटरवेन्शन प्रोग्राम ऑन विमन्स रिप्रोडक्टिव हैल्थ इन स्लम्स ऑफ मुम्बई : सुजीवन ट्रस्ट

90. जीजीभोय, एस. (1998). इनफर्टीलिटी इन इंडियाः लेविल्स, पैटर्नस एंड कान्सीक्वेन्सेस : प्रायोरिटीस फॉर सोशल साइंस रिसर्च. जर्नल ऑफ फैमिली वेलफेयर, 44, 15–24

91. उनीशा, एस. (1999). चाइल्डलैसनैस इन आन्ध्रप्रदेश, इंडियाः ट्रीटमेंट सीकिंग एंड कान्सीक्वेन्सेस. रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, 7, 54–64

92. जिंदल, यू.एन. एंड गुप्ता, ए.एन. (1989). सोशल प्राब्लम्स ऑफ इनफरटाइल विमन इन इंडिया. इटरनेशनल जर्नल ऑफ फर्टीलिटी, 34 (2), 123–125

93. पटेल, टी. (1994). फर्टीलिटी बिहेवियरः पाप्यूलेशन एंड सोसायटी इन ए राजस्थान विलेज. न्यू दिल्ली. ऑक्सफोर्ड यूनिवर्सिटी प्रेस

94. उपरोक्त

95. प्रकाशम्मा, एम. (1999). इनफर्टीलिटीः ए सोशल एंड जेंडर पर्सपैक्टिव. पेपर प्रजेंटेड एट द नेशनल कन्सलटेशन ऑन इनफर्टीलिटी प्रिवेन्शन एंड मैनेजमेंट. न्यू दिल्लीः यूएनएफपीए

96. गुप्ता, जे.ए. (2000). न्यू रिप्रोडक्टिव टेक्नोलॉजीस, विमन्स हैल्थ एंड ऑटोनॉमी, न्यू दिल्लीः सेज पब्लिकेशन्स

97. विज, ए. (2002). सोशियोकल्चरल एटीट्यूड्स टूवर्डस इनफर्टीलिटी एंड असिस्टेड रिप्रोडक्शन इन इंडिया. इन ई. वेयेना, पी.जे. रो एंड पी.डी. ग्रिफिन (ईडीएस) करंट प्रैक्टिसेस एंड कान्ट्रोवर्सीस इन असिस्टेड रिप्रोडक्शन. जिनेवाः वर्ल्ड हैल्थ आर्गेनाइजेशन. रिट्राइब्ड मार्च 10, 2006 फ्राम http://www.who.int/reproductive-health/infertility/11.pdf

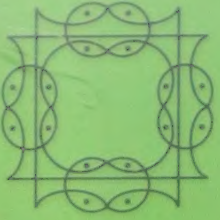
98. शाह, सी. (2009). रेग्युलेट टेक्नोलॉजी, नॉट लाइव्सः ए क्रिटिक ऑफ द ड्राफ्ट एआरटी (रेग्युलेशन) बिल। इंडियन जर्नल ऑफ मेडिकल इथिक्स, 6 (1). रिट्राइब्ड जुलाई 16, 2010 फ्राम http://www.ijme.in/171co32

99. मार्शल, टी.एच. (1964). क्लास, सिटीजनशिप एंड सोशल डेवलपमेंट. न्यूयार्क : डबलडे

100. एरिक्सन, एल. एंड मैथ्यूज, एस.जे. (2003). द मास पॉलिटिक्स ऑफ सोशल सिटीजनशिप. पेपर प्रिपेयर्ड फॉर द कैनेडियन पॉलिटिकल साइंस एसोसियेशन एनुअल मीटिंग्स, मई 30 टू जून 1, 2003. हेलीफैक्स, एनएस

101. कबीर, एन. (2006). सोशल एक्सक्लूशन एंड द एम.डी.जीस.ः द चैलेन्ज ऑफ ड्युरेबल इनइक्वैलिटीस इन द एशियन कान्टेक्स्ट. पेपर प्रजेंटेड एट द एशिया 2015ः प्रोमोटिंग ग्रोथ, एन्डिंग पावर्टी. रिट्रीवड अक्टूबर 1, 2008 फोर्म www.eldis.org/vfile/upload/1/document/0708/DOC21178.pdf

102. कोहेन, एल. (2007). औपरेबिलिटी, बायोअवेलेविलिटी एंड एक्सेप्शन. इन ए. ऑंग एंड एस. जे कॉलर. (ईडीएस). ग्लोबल असेम्ब्लेजेसः टेक्नोलॉजी, पॉलिटिक्स, एंड इथिक्स एस एन्थ्रोपोलॉजीकल प्राब्लम्स (79–90), ऑक्सफोर्डः ब्लेकवेल पब्लिशिंग

103. इंडियन काउन्सिल ऑफ मेडीकल रिसर्च. (2005) नेशनल गाइडलाइन्स फॉर द सुपरविजन एंड रेग्युलेशन ऑफ एआरटी क्लीनिक्स इन इंडिया। न्यू दिल्लीः आथर

# समा

समा दिल्ली में स्थित एक संदर्भ समूह है, जो महिलाओं के अधिकार और स्वास्थ्य से जुड़े मुद्दों पर सक्रिय रुप से कार्यरत है। समा हर तरह के भेदभाव का विरोध करती है। वह समानता पर ज़ोर देते हुए, वंचित समुदाय की महिलाओं के सशक्तिकरण और उनके अधिकारों के प्रति निष्ठा रखती है।

समा क्षमता वृद्धि, शोध एवं पैरवी के माध्यम से देश भर में सामुदायिक संस्थाओं, जन आंदोलनों, स्वास्थ्य नेटवर्क, महिला समूहों ओर स्वास्थ्य सेवा प्रदायकों के साथ नज़दीकी से कार्य करती है।

द इन्टरनेशल डेवलपमेन्ट रिसर्च सेन्टर (आइडीआरसी) की स्थापना कनाडा सरकार द्वारा 1970 में की गयी, जो विकासशील देशों के शोधकर्ताओं के साथ मिलकर स्थानीय स्तर पर एक ज़्यादा स्वस्थ्य, अधिक क्षमतामूलक और समृद्ध समाज के निर्माण के लिए प्रयासरत है।